

ترجمة
مُصطفى زيور
عبَد السَلام القفاشْ
مراجعة: نيفين زيور

المجمــل

في التحليل النفسي

دانييل لاجاش

المجمــل في التحليل النفسي

ترجمة

مصطفى زيور عبد السلام القفاش

مراجعة

نيفــين زيــور



للنشر والتوزيع

2022

الكتـــاب: **المجمل في التحليل النفسي**

تأليـــــف: **دانييل لاجاش**

ترجمـــــة: **مصطفى زيور، عبد السلام القفاش**

مراجعـــة: **نيفين زيور**

المدير العام: **رضا عوض**

دار رؤية للنشر والتوزيع

8 ش البطل أحمد عبد العزيز – عابدين – القاهرة – مصر

Email: Roueyapublishing@gmail.com

الهاتف المحمـول: 201207255668 +

الهـــــاتف: 23953150 (202) +

الإخراج الداخلي: **القسم الفني بالدار**

تصميم الغــلاف: **حسين جبيل**

خطوط الغــلاف: **إبراهيم بدر**

الطبعـــة الأولى: 2022

رقـم الإيــداع: 2021/15515

الترقيـــم الدولي: 978-977-499-460-9

المحتويات

الموضـــــوع	الصفحة

الموضــــوع	الصفحة

تصدير

بقلم: دكتورة نيفين زيور

كان قدري أن أكون ابنة مصطفى زيور، أحمل "اسم الأب" بالمعنى الذي أراده جاك لاكان Lacan. وهكذا وجدت نفسي في قلب النظام الرمزي الذي تحدده الثقافة – ثقافة الأب. لم يكن أبي بالنسبة لي مجرد أب، بل كان السند والصديق والمعلم والقدوة. وكان – رحمه الله – متعدد الثقافات، كما تشكل فكره بتركيبة فريدة ربما لم تتحقق لسواه؛ فقد كان فيلسوفًا متعمقًا في الفكر وطبيبًا. وكان فوق ذلك كله محللًا نفسيًا. وقد وصل الراحل إلى أعلى الدرجات في الطب النفسي والتحليلي، وفي الفكر والفلسفة، وكان انعكاسًا لأكاديمي وأستاذ جامعي مزج بين عقلية العالم والمفكر الموسوعي والفيلسوف. كما تأثر بالثقافة الفرنسية حيث تعلم الطب والتحليل النفسي، فتشكلت لديه عقلية مستنيرة متسعة الأفق تستوعب الثقافات الشرقية والغربية. وقد كانت الثقافة المصرية في عصره تموج بتيارات تنويرية في شتى



المجالات؛ تلك الثقافة التي ظل متمسكا بها ومخلصًا لها. ولا عجب في أنه فضل العيش في مصر عن المجتمع الأوروبي الذي حظي فيه بمكانة رفيعة. فإذا أضفنا إلى هذا الجماع العلمي الفريد الرغبة المتقدة في بناء وإعداد أجيال مصرية تمشي على نهجه، وجدنًا معلمًا ساهم في إعداد أجيال حاربت التطرف والتعصب العرقي والديني ونبذت ضيق الأفق. وهنا نتذكر كيف أعلن الراحل موقفه صراحةً من مشكلة "التعصب" (في مقال بعنوان "سيكولوجية التعصب") باعتباره عالما مهموما بقضايا بلده. وقد أوضح في مقاله سابق الذكر أن التعصب ظاهرة اجتماعية لها بواعثها النفسية، لا تختلف في مبناها أو معناها عن أنواع التعصب الأخرى التي تنشأ بين الأعراق أو الأجناس أو الأديان أو المذاهب الفكرية والسياسية.

وكان رجوعه إلى الوطن الأم (مصرنا الحبيبة)، انعكاسًا لرغبته في بناء أجيال تنشر علمه وتتبع نهجه، ونتاجًا لمشاعر وطنية

متأصلة لديه، ولانتماءٍ وحب غامر لبلده. وهو الذي ذاع صيته في فرنسا، وأنشأ مدرسة في أحد فروع التحليل النفسي – ما زالت تحمل اسمه – هي مدرسة الأمراض النفسية الجسمية. وعلى الرغم من ذلك فقد غادر فرنسا وهو في أوج مجده، كي ينقل العلم الذي تعلمه هناك، وينقل خبراته التي اكتسبها إلى المصريين من تلامذته ومريديه، والذين أضاؤوا سماوات العلم داخل مصر وخارجها.

ومن أكثر الأمثلة الدالة على عمق تفكيره وحبه لوطنه، ذلك العمل العلمي المتعمق في دراسة الشخصية الإسرائيلية؛ والذي يعد دراسة رائدة لم يتطرق إلى موضوعها أحد قبله. وقد شرح فيها الراحل الشخصية الإسرائيلية على المستوى النفسي، واعتبر أهم سماتها "التوحد بالمعتدي"؛ ذلك الميكانيزم الدفاعي اللاشعوري الذي تتوحد به النفس بمن اعتدى عليها فتتبع أسلوبه وطريقته وتقوم بدوره. وقد قصد بذلك توحد اليهود، في وحشيتهم وعدوانهم تجاه الفلسطينيين والعرب، بالنازيين. وقد فتحت هذه الدراسة الباب لفهم شخصية العدو الصهيوني من وجهة نظر التحليل النفسي. هذا وقد شارك أبي مع عدد من الأخصائيين النفسيين والاجتماعيين في إجراء مقابلات مع بعض الأسرى الإسرائيليين أثناء حرب أكتوبر 1973، في إطار إعداد دراسة عن الأسرى الإسرائيليين.

أما فيما يخص ما هو إنساني وأسري، فقد كان الراحل أنموذجا لرجل لا تتجزأ مبادئه وأخلاقياته فيما بين ما هو أسري وما هو عملي؛ فقد تميز بالطيبة والكرم والدفء والهدوء والسكينة، وكان ديمقراطيا مع أبنائه، وترك لهم حرية الاختيار في الدراسة والحياة بشكل عام.

وعلى الرغم من أنه كان هادئًا وودودًا مع أحبائه، إلا أن ذلك لم يمنعه من أن يكون في قمة الصلابة والجرأة والصرامة إذا ما فُرِضَت عليه معركة، كتلك التي واجهها عند عودته من إنجلترا عام 1961: إذ كانت هناك تيارات هادرة تهدف إلى تحويل قسم الدراسات النفسية والاجتماعية – ذلك القسم الذي أسسه بناء على رغبة الدكتور طه حسين وزير المعارف آنذاك – إلى قسم للدراسات الاجتماعية فقط. وقد شهدت بنفسي ما دار وقتها من حرب علنية مع تيارات الهدم، والتي انتهت بفوزه وانتصاره للعلم والتخصص، والإبقاء على القسم كما أنشأه؛ ذلك أن الإنسان يعرف بما يعتنق من مبادئ.

The real person measures up to his own principles

وهكذا أنار مصطفى زيور بعلمه ومسيرته العظيمة شعلة لا تنطفئ تناقلها مريدوه جيلا بعد جيل. وها هي السلسلة الحالية تقتبس من ضياء ما بدأه ذلك العالم الجليل، وتسعى لاستكمال

مسيرة السلسلة السابقة للأعمال الأساسية في التحليل النفسي التي أشرف عليها زيور، والتي أثرت المكتبة العربية وأطلعت القراء العرب على عالم التحليل النفسي. وإني ليحدوني الأمل أن تساهم السلسلة الحالية في نشر المعرفة العلمية الصحيحة حول التحليل النفسي، وفي إطلاع القراء العرب على أحدث التطورات العلمية والتطبيقية في هذا المجال.

تصدير

بقلم: دكتور مصطفى زيور

ما كان تبسيط العلوم ليقتضي ابتذالها، وإنما غاية ما يقتضيه تبسيطها، أن يكون عرض قضاياها بحيث يتدرج من المعطيات المألوفة إلى نتائج الاستقصاء المنهجي، فيتاح بذلك للقارئ غير المختص أن يلم بمعالم المبحث موضوع الدراسة، أو أن يستيقن من صحة ما نمي إليه عنه. وعلى هذا النهج سار مؤلف هذا الكتاب فلم يعف القارئ من الجهد يبذله إن أراد الوقوف على قضايا التحليل النفسي.

فمن الجلي أن قضايا العلم لا تكون جميعها أمورا بدهية مهما اقتصر الحديث على المعالم دون التفاصيل؛ لأن العلم هو الخروج من البداهة واستخلاص علاقات جديدة ثم صياغة هذه العلاقات في مفاهيم مجردة. وقلما نبلغ ما نريد من ذلك دون التعمق في الفكرة والتزام الدقة في العبارة.

وفضلا عن ذلك فإن الأمر يشق على المبتدئ للأسباب عينها التي جعلته شاقا على الباحث. وبيان ذلك أن تاريخ المعرفة سلسلة من النضال بين المألوف وغير المألوف. فنحن لا نفطن لمعارف جديدة دون جهاد ضد معارف سابقة. ويصدق ذلك أكثر ما يصدق على العلم بأحوال النفس؛ لأن إدراك الجديد عنها

تقويض لألفتنا بها، حتى لنكاد نمسي غرباء عن أنفسنا. ومن ثمة كان طريق المعرفة بأعماق النفس - وهو مبحث التحليل النفسي - محفوفا بالإشفاق، والإشفاق معوق للمعرفة.

وقد رأينا أن نبدأ هذه المجموعة من الدراسات النفسية والاجتماعية، بالمجمل في التحليل النفسي لسبب يتبينه القارئ من صفحات هذا الكتاب. ذلك أن التحليل النفسي يحتل الآن مكانة بين العلوم الإنسانية لا يكاد يرقى إليها أي علم آخر. فلا غرابة أن تفيد هذه العلوم جميعا من مبحث أعماق النفس الإنسانية ودوافعها في ألوان النشاط الفردي والاجتماعي، حتى رأينا بعض هذه العلوم - مثل الأنثروبولوجيا الاجتماعية ودراسة ديناميات الجماعة - تتقدم بخطى واسعة حثيثة بفضل ما استنارت به من ضياء التحليل النفسي.

أما اختيارنا لهذا الكتاب من بين الكثير من المؤلفات في التحليل النفسي فيرجع إلى أنه يعالج مسائل هذا العلم في أحدث صورة لها. وهو إلى ذلك يكاد يحيط في صفحاته القليلة بجميع مسائل التحليل النفسي وما يتصل بها من التطبيقات وما تثير من المشاكل في عبارات موجزة جامعة معا. بل قد عالج مسائل لم

يتعرض لها -فيما نعلم - أي كتاب نشر بالعربية، مثل فلسفة البحث في التحليل النفسي وعلاقة التحليل النفسي بالأخلاق ثم مهنة التحليل النفسي وتكوين المحلل النفسي وشخصيته. ويمتاز هذا المؤلف فوق ذلك بتنبيهه إلى الأخطاء الشائعة في فهم التحليل النفسي ورد هذا الفهم إلى الاستقامة.

على أن خير ما ينفرد به هذا الكتاب أنه ينم عن صفات مؤلفه جميعا. فمؤلف هذا الكتاب فيلسوف تعمق دراسة الفلسفة، وهو طبيب تخصص في الطب النفسي وتأهل في التحليل النفسي. وهو إلى ذلك أستاذ علم النفس بجامعة من أعرق الجامعات الأوروبية. فأنت تلمس من قراءة هذا الكتاب أن مؤلفه أستاذ يمتلك ناصية الموضوع، راسخ القدم في فقهه، ينفذ إلى قلب الموضوع بخطى ثابتة، ويأخذ بيد القارئ كما يأخذ المعلم بيد التلميذ في متاهة العلم، ويصدر فيما يقول عن تجربة وروية. كل ذلك في إطار من الثقافة الفلسفية والتفكير النقدي المتزن. هذا ويتسع أفق المؤلف فيربط بين مكتشفات التحليل النفسي ومسائل علم النفس العام ربط العارف بها معرفة أصيلة.

مصطفى زيور
دكتور في الطب
رئيس عيادة الأمراض النفسية بكلية الطب
بجامعة باريس سابقا
أستاذ علم النفس بجامعة عين شمس
عضو الجمعية الدولية للتحليل النفسي

تمهيد

ينزع عامة الجمهور إلى استخدام اصطلاح "التحليل النفسي" بمعنى عام مبهم. على أن هذا الاصطلاح لا يجوز استخدامه إلا للدلالة على مناهج البحث والعلاج التي ابتكرها فرويد، وعلى النظريات المشتقة منها. وهذه الحقيقة يعترف بها "المنشقون" الذين صاغوا اصطلاحات خاصة للدلالة على مناهجهم ومذاهبهم الخاصة، ومن هذا القبيل "علم النفس التحليلى" عند يونج، و(علم النفس الفردي) عند أدلر.

ويدل اصطلاح "التحليل النفسي"، وفقا لتحديد فرويد على ثلاثة أشياء: أولا - منهج للبحث في العمليات النفسية التي تكاد تستعصي على أي منهج آخر. ثانيا - فن لعلاج الاضطرابات العصابية (النفسية)، يقوم على منهج البحث المذكور. ثالثا - مجموعة من المعارف النفسية يتألف منها نظام عالمي جديد (1922).

ويحسن أن نميز بين التحليل النفسي بالمعنى الدقيق، وبين تطبيق نظريات التحليل النفسي في الميادين المتعددة للعلوم الإنسانية، وفي الدراسات السيكولوجية العملية. فطالما لم تجر في هذه الميادين بحوث تحليلية، فإن هذه التطبيقات لا تعدو أن تكون فروضا لا يمكن القطع بصحتها لمجرد كونها مشتقة من التحليل النفسي، فالبت في هذه الصحة إنما يكون بطرق التحقيق الخاصة بميدان التطبيق الذي نبحث فيه.

الفصل

الأول

1

مقدمة تاريخية

عصر ما قبل التحليل النفسي:

ظهر التحليل النفسي في السنين العشر الأخيرة من القرن التاسع عشر، وكانت السنوات العشر السابقة عليها خصبة في ميدان الطب النفسي، وتميزت بوقائع متعددة ساهمت في التمهيد للتحليل النفسي.

والواقعة الأولى من الناحية التاريخية هي حالة أنا أو...، التي عالجها الدكتور جوزيف بروير، من فينا، بين عامي 1880و1882، ولم تنشر المشاهدات الخاصة بها إلا عام 1895 في «الدراسات في الهستيريا» (تأليف بروير وفرويد)، ولكن فرويد كان يعرف هذه الحالة قبل ذلك بكثير.

كانت المريضة - وعمرها واحد وعشرون عاما - مصابة بالهستيريا، وكانت حادة الذكاء، وكانت الصورة الإكلينيكية تتكون من الأعراض الآتية: تقلصات الأطراف مع فقدان الحس في

الجانب الأيمن وفي الجانب الأيسر أحيانا، اضطرابات في حركات العين وفي الرؤية، صعوبة الاحتفاظ بالرأس في وضع قائم، سعال عصبي حاد، فقدان الشهية واستحالة الشرب على الرغم من شدة العطش، حالات غيبوبة. ابتدأ ظهور العصاب (المرض النفسي) بينما كانت تمرض أباها الذي كانت تحبه كثيرا، وذلك إبان مرض انتهى به إلى الوفاة. وكانت قد اضطرت إلى التخلي عن مهمتها هذه في تمريضه. ولاحظ بروير المريضة بكثير من العناية، وانتبه إلى أنها كانت تتمتم في حالات الغيبوبة بكلمات بدا أنها تتعلق بهموم شخصية حميمة. فوضعها في حالة تنويم مغناطيسي، وأعاد عليها هذه الكلمات. فكررتها المريضة وكونت أخيلة تتسم بالكآبة وتدور حول فتاة صغيرة تجلس بجوار فراش أبيها المريض. وبعد أن سردت عددا من هذه الأخيلة، سرى عنها وعادت إلى حالة طبيعية. واختفى التحسن في اليوم التالي، ثم عاد فظهر بعد جلسة جديدة. وأخذت المريضة - التي لم تكن تفصح آن ذاك إلا باللغة الإنجليزية

(بالرغم من أن لغتها الأصلية هي الألمانية) - تشير إلى هذا العلاج بعبارة إنجليزية ترجمتها "العلاج بالكلام وتنظيف المدخنة"[1]. وكانت الأعراض تختفي عندما تتذكر المناسبة التي ظهرت فيها هذه الأعراض لأول مرة، تذكرا مصحوبا بتعبير انفعالي، ومن ذلك أن استحالة الشرب نتجت عن مشاهدتها كلب مربيتها -الذي لم تكن تحبه - يشرب من قدح. ولم تقل شيئًا، تأدبًا منها، إلا أنه استحال عليها بغته أن تشرب، "وما إن انتهت من روايتها، حتى أبدت غضبها بعنف، ذلك الغضب الذي ظل مطويا بين جوانحها إلى ذلك الحين. ثم طلبت أن تشرب، واحتست مقدارا كبيرا من الماء، وأفاقت من نومها المغناطيسي والقدح على شفتيها. واختفى هذا الاضطراب نهائيا"[2]. ثم عكف بروير على دراسة سائر الأعراض دراسة منظمة واستطاع أن يتوصل إلى الحقائق الآتية: ترجع أصول هذه الأعراض إلى صدمات نفسية متعددة، ويأتي الكشف عن صدمات أحدث عهدا قبل الكشف عن صدمات أقدم عهدا. وهكذا أخذت الأعراض تختفي الواحد تلو الآخر، إلى أن بوغت بروير بظهور «عشق تحويل»، "فعمد إلى الهرب وقطع العلاج" على حد تعبير فرويد. وقد ابتكر بروير العلاج «التطهيري»[3] في حالة التنويم المغناطيسي، وتابع دراسته فيما بعد بالاشتراك مع فرويد (1895).

---

(1) Talking cure , Chimney sweeping.

(2) فرويد: خمس محاضرات في التحليل النفسي 1909.

(3) Cathartique من اليونانية كثارسيس: تطهير.

وفي عام 1882، نشر م. شاركوه، أستاذ المدرسة الإكلينيكية لأمراض الجهاز العصبي (بجامعة باريس)، بحثا عن الحالات العصبية التي يحدثها تنويم المرضى الهستريين مغناطيسيا، وهي: السبات، والإغماء التشنجي، والجولان النومي، ويرى شاركوه وأصحاب مدرسة السلبتريير أن هذه الظواهر لا يمكن مشاهدتها بصورة واضحة إلا عند المرضى الهستريين. وقد أصبحت الهستيريا والتنويم المغناطيسي موضوع مؤلفات لا عداد لها في أماكن كثيرة. وفي عام 1884-1885، أبان شاركوه - في دروسه عن حالات الشلل الهستيري - عن علاقة هذه الحالات بالصدمات الانفعالية والأفكار والهموم التي تدور بخلد المريض عن الصدمة البدنية، وانضم إلى هذا الرأي موبيوس الألماني (1888).

أما مدرسة نانسي فقد اتجهت وجهة أقرب إلى الناحية الإكلينيكية والعلاجية. فيرى برنهايم (1884) أن التنويم المغناطيسي يقوم على قابلية فطرية للإذعان، وتبرهن التجربة على أن غالبية الناس يمكن تنويمهم بسهولة. ويهتم برنهايم فوق كل شيء بالنتائج العملية والعلاجية للإيحاء؛ إذ إنه قليل الاحتفال بالناحية السيكولوجية، وينتقد مدرسة السالبتريير، فيرى أن التنويم المغناطيسي ذا المراحل الثلاث الذي وصفه شار كوه، إنما هو من صنع المنوم، ويقول بيير جانيه إن برنهايم هو الذي ربح المعركة.

أما بيير جانيه، فقد قرر منذ دراساته الأولى (1886-1889) تأثير الذكرى المنسية للأحداث المرتبطة بانفعالات عنيفة في تكوين

المرض. وقد أورد هذه الملاحظات في كتابه «الآلية السيكولوجية» (1889)، فلا يمكن أن تستعاد ذكرى الصدمة أثناء اليقظة، وإنما يمكن ذلك أثناء التنويم المغناطيسي العميق. فإذا كانت متاعب المريض وتحرجه عن الإفصاح توحي بوجود بعض الثغرات، فإن العلاج ينحصر في البحث عما إذا كانت أحلام المريض وأقواله أثناء النوم المغناطيسي وكتاباته الآلية تكشف عن ذكريات مخبوءة، ويعتقد جانيه أن انفصال الذكرى يرجع إلى عملية آلية بحتة، هي الضعف النفسي، لا إلى عملية دينامية هي الكبت.

وصفوة القول أن الطب النفسي في الفترة ما بين 1880 و1890 يتميز بالسمات الآتية:

أولا: الاهتمام بالأمراض العصابية، ولا سيما الهستريا.

ثانيا: استخدام التنويم المغناطيسي كوسيلة للبحث.

ثالثا: اكتشاف تأثير الذكريات اللاشعورية الصدمات النفسية في توليد المرض.

رابعا: التأثير العلاجي للتنويم المغناطيسي والإيحاء والتطهير.

فرويد (1856-1939):

روى سجموند فرويد قصة حياته كما رواها مؤلفون آخرون، (زاكس، إ. جونز). ولد في فرايبرج بمورافيا 1856. وانتقلت أسرته عام 1860 إلى فينا حيث تلقى تعليمه. والتحق بالجامعة سنة

1873. ثم التحق بمعمل برو كه (التشريح الميكروسكوبي للجهاز العصبي) فيما بين 1876 و1882. وحصل على الدكتوراه في الطب سنة 1881. وهجر المعمل سنة 1882 متجها إلى طب الأمراض الباطنية والعصبية. وفي سنة 1884، بينما كان يجري أبحاثا على الكوكايين، عاقته خطوبته عن إتمام بحثه وهو على وشك اكتشاف الخواص التخديرية لهذا العقار.

وفي سنة 1885، عندما كان محاضرا لعلم أمراض الجهاز العصبي، زار فرنسا وأقام فيها للمرة الأولى متتلمذا على شاركوه. وبعد إقامة قصيرة في برلين، نشر مؤلفات هامة عن الأمراض المخية لدى الأطفال. وفي عام 1886 استقر بمدينة فينا مزاولا مهنة الطب. وانصرف عن العلاج الكهربائي إلى التنويم المغناطيسي والإيحاء. وفي سنة 1889 تعلم المزيد عن مدى تطبيقات الإيحاء في حالة التنويم المغناطيسي على يدي برنهايم وليبول أثناء إقامته بمدينة نانسي. ولم يشرع في تطبيق منهج بروير إلا حوالي 1890. وفي سنة 1893 نشر مؤلفه الأول عن "الميكانيزم السيكولوجي الظواهر الهستيرية". وفي عام 1895 نشر بالاشتراك مع بروير "الدراسات في الهستيريا". ومن هذا يتضح أن فرويد لم يكن مجرد طبيب أو عالم تجريبي، فإن ثقافته العلمية والطبية تدرجه في عداد أعظم علماء الأمراض العصبية في عصره، وقد زاد عليها ثقافة عامة شاملة واهتماما عميقا بالنواحي النظرية. ويبدو أيضا أن مشاكل شخصية أدت به إلى الاهتمام بالتحليل السيكولوجي وتفسير

الأحلام. وقد لعبت هذه الوقائع كلها دورها في ابتكار التحليل نفسي.

ابتكار التحليل النفسي:

في السنوات العشر الأخيرة من القرن التاسع عشر، مر فرويد أثناء عكوفه على العلاج النفسي للمرضى العصابيين ولا سيما المرضى الهستيريين، بسلسلة من المحاولات انتهت به إلى ابتكار التحليل النفسي. ففي مرحلة أولى، كان يطبق المنهج التطهيري متعاونا مع بروير: وذلك بأن يوضع المريض في حالة التنويم المغناطيسي، ثم يطرح عليه الطبيب أسئلة متعلقة بأصل الأعراض، والغرض منها أن تتيح تفريغا انفعاليا مصاحبا للتذكر. وبذلك بينا أن الأعراض الهستيرية ترجع إلى اضطرابات انفعالية متعلقة بالماضي.

ولما كان مصير هذه الأحداث المؤدية إلى الاضطراب أن تستبعد من نطاق الشعور، فإنه يمكن بعثها أثناء التنويم المغناطيسي. إلا أن فرويد لم يكن يحب التنويم المغناطيسي، تلك العملية التي لا يوثق بها والتي تكاد تشبه السحر، بالإضافة إلى أن التطهير لم يكن له أثر علاجي دائم، ثم إنه لم يكن يستطيع أن يطبق التنويم المغناطيسي إلا على فئة قليلة من المرضى.

كل ذلك أدى به خلال فترة قصيرة بدأت بعد 1895 وانتهت قبل 1899، إلى الالتجاء إلى الإيحاء في حالة اليقظة، فكان يضع

راحته على جبين المريض ويؤكد له أنه - أي المريض - يستطيع أن يتذكر الماضي. ويستند فرويد في هذه الخطوة التي اتخذها إلى تعاليم برنهايم من أن الصدمات لا تنسى حقيقة. ولكن هذه الطريقة الفنية كانت شاقة للغاية: فقد كان المعالج يصطدم بمقاومة المريض، وكان يتعين عليه أن يقهر هذه المقاومة، أي أن يقهر الكبت الناشئ من دفاع المريض ضد النزعات موضع الانتقاد، حتى يتسنى للمريض أن يتذكر الماضي. وبذلك نشأت الطريقة الفنية التي تنحصر في تدريب المريض على الإقلاع عن كل موقف نقدي، ثم في تفسير ما يرد من الخواطر عندئذ. وتتضمن مسلمة الحتمية النفسية أن هناك علاقة ضرورية بين نقطة البدء وما يعقبها من أحداث. ومن ثمة جاءت "القاعدة الأساسية"، أو "قاعدة الاستدعاء الطليق"، التي تفرض على المريض أن يفصح عن كل شيء، مهما بدت له فكرة ما مستهجنة أو سخيفة أو تافهة أو عديمة الصلة بالموضوع. وكان الإفصاح عن مستدعيات الخواطر يصاحبه انطلاق للانفعالات الوجدانية المكبوتة. وتفسير هذه المادة، وهو طريقة للبحث والعلاج معا، هو ما أطلق عليه فرويد اسم التحليل النفسي. وسرعان ما جاء اكتشاف التحويل ليكمل أسسه الجوهرية: ونجد أول تعبير عنه في «الدراسات في الهستيريا» (1895) وفي تحليل حالة دورا الذي أنجز عام 1899 ولم ينشر قبل عام 1905. وفي التحويل، بدلا من أن يتذكر المريض، فإنه يسلك بإزاء المحلل كما كان يسلك في طفولته بإزاء الأشخاص المحيطين به. وبذلك كانت مشاهدة الحاضر تؤدي بالمشاهد إلى طريق الماضي. وفي الوقت نفسه، كان المريض يتعلم

كيف يعالج انفعالات لم يتمكن من السيطرة عليها في الماضي، ولم يستطع أن يتقيها إلا بطردها من شعوره.

النظريات الأولى:

ظل فرويد ما يزيد عن عشر سنوات، إلى عام 1906 تقريبا، هو الرائد الوحيد للعلم الجديد. ونشر بعض المؤلفات الأساسية: "تفسير الأحلام" (1899)، "علم النفس المرضى للحياة اليومية" (1901) ، "ثلاث مقالات في نظرية الميول الجنسية"، "النكتة وعلاقتها باللاشعور" (1905). وتناسقت مشاهداته وآراؤه وتآلفت في صورة نظرية شاملة للحياة النفسية: فأساس هذه النظرية تمثله إثنينية غريزية قوامها الغرائز الجنسية التي تميل إلى بقاء النوع من ناحية، وغرائز الأنا التي تميل إلى بقاء الفرد من ناحية ثانية. ووظيفة الجهاز التنفسي هي خفض التوترات الغريزية المؤلمة، إما بتفريغها (أي إشباعها)، أو بواسطة عملية نفسية داخلية قوامها الدفاع والكبت. وبذاك لا يمثل الشعور إلا سطح الجهاز النفسي الذي هو لاشعوري في معظمه. وتسعى النزعات المكبوتة في اللاشعور إلى شق طريق لها، وذلك مثلا في الأحلام وفي أعراض الأمراض العصابية. وتكبت هذه النزعات أثناء تطور الحياة الجنسية الطفلية، وهو تطور يبدأ منذ الميلاد، ويبلغ ذروته فيما بين العامين الثالث والخامس من العمر في عقدة أوديب، أي تعلق الطفل بالوالد من الجنس المضاد، مع عدوان مناظر نحو الوالد من نفس الجنس.

تطور التحليل النفسي (1905-1920):

تميزت الفترة الواقعة بين 1905-1920 في البداية بنمو حركة التحليل النفسي. وأخذ بعض الأطباء – منذ عام 1902 يلتفون حول فرويد. وفي سنة 1906 تقريبا، ازدهر النشاط التحليلي النفسي نوعا ما في زيوريخ، على أيدي بلويلر ويونج. وفي السنوات التالية، ينبغي أن نخص بالذكر، من بين الأنصار الجدد: إرنست جونز (تورونتو ومن بعدها في لندن)، كارل أبراهام (برلين)، شاندور فرنزي (بودابست). ويمكن القول بوجه عام أن التحليل النفسي قوبل بالترحاب في ألمانيا، ونال اهتماما كبيرا في الولايات المتحدة وإنجلترا، وظل مجهولا في الدول اللاتينية؛ ففي فرنسا كان أول مؤلف مفصل هو كتاب "رجي وإنار" (1914). ولم يتطور التحليل النفسي على مستوى دولي إلا بعد الحرب العالمية الأولى. وتتميز هذه الفترة، من ناحية فن العلاج، بالشعور المتزايد بأهمية المقاومات والتحويل. ونشرت معظم مؤلفات فرويد حول فن العلاج بين سنتي 1912 و1919، وتحددت الأمراض التي يصلح لها التحليل النفسي، وتجلت ضرورة التحليل التعليمي[1]. وكان من نتائج التقدم في المجال النظري أن اتضحت الأهمية الأساسية لعقدة أوديب وما يلحق تطورها من زيغ في نشأة الأمراض العصابية. ولكن هذه الفترة من تاريخ التحليل النفسي

---

(1) يقصد بالتحليل التعليمي عملية للتحليل النفسي التي تجري على الطلاب في معاهد التحليل النفسي قبل أن يسمح لهم بإجرائها على المرضى.

شاهدت أيضا بداية سيكولوجية الأنا (فرويد: "مقدمة في النرجسية"– 1914. وحدثت حركتا انشقاق عام 1911 هما حركتا أدلر ويونج. فقد اهتم أدلر بدور العدوان غاضًا من شأن الناحية الجنسية، كما اهتم بدور الأنا مغفلا اللاشعور. أما يونج فقد عارض اللاشعور الفردي باللاشعور الجمعي، وعارض التفسير الجنسي لعقدة أوديب بتفسير رمزي لها، تحدوه إلى ذلك بواعث خلقية ودينية. ومن الناحية العلاجية، انتقل أدلر ويونج من الاهتمام بالصراع الماضي إلى الاهتمام بالصراع الراهن، وأصبحت العملية العلاجية عندهما أقرب إلى الوعظ والإرشاد، عوضًا عن تحليل المقاومات والتحويل.

تعديل النظرية:

صيغت تعديلات رئيسية ابتداء من سنة 1920، وكان قد أعلن عنها في مؤلفات سابقة، وتنصب بصفة أساسية على نظرية الغرائز ونظرية الجهاز النفسي.

وتقابل النظرية الفرويدية الجديدة في الغرائز بين غرائز الحياة (الجنسية والليبيدو[1] والإروس[2]) وغرائز الموت والعدوان (ثناتوس). وقد اعترف التحليل النفسي منذ البداية بأهمية الكراهية

(1) اصطلاح يشير إلى المظاهر الدينامية للغريزة الجنسية. انظر صفحة 46 .

(2) الإيروس إله الحب واللهو لدى الإغريق وقد اتخذه فرويد اسمًا لغرائز الحياة. انظر صفحة 47 .

وثنائية العاطفة، ولكن العدوان كان يعتبر لاحقًا للصد، وكان يتفرع عن الميــول الجنسية. إلا أن تقــدم الدراسات الإكلينيكية، ولا سيما الاكتشافات المتعلقة بالوسواس ومرض السوداء (الملانخوليا)، أثبت أن العدوان يلعب دورًا أعظم شأنًا مما كان يظن. وفي كتابه "ما وراء مبدأ اللذة" (1920)، استند فرويد إلى ظواهر التكرار (لعب الأطفال، الأمراض العصابية الناشئة من الصدمات، عصاب القدر، التحويل)، وإلى اعتبارات بيولوجية، في القول بوجود نزعة بدائية للتدمير الذاتي: فغرائز الموت - وهي أساس أعمق من أساس غرائز الحياة - تنزع، عن طريق خفض التوتر، إلى استعادة حالة سابقة، هي الحالة اللاعضوية، وإلى التكرار. ولما كان يصعب التعرف عليها في ذاتها، فإنها تتبدى عن طريق حيل دفاعية، أو عن طريق الإسقاط إلى الخارج (البارانويا) أو الامتزاج بالحوافز الليبيدية (السادية والمازوكية)، أو الانعكاس على الأنا (مرض السوداء).

وتميز النظرية الجديدة في الجهاز النفسي بين ثلاث منظمات: الهي، والأنا، والأنا الأعلى (1923). وكان يكتفي حتى ذلك الحين بالتمييز بين الشعور واللاشعور الذي يعتبر مرادفًا للمكبوت. إلا أن حيل الدفاع، أي القوى الكابتة، تعمل على نمط لا شعوري. ومن ثمة يتضح أنه ليس كل ما هو لا شعوري مكبوتًا بالضرورة. وفي التصوير الجديد، تعتبر الهي مستودع القوى الغريزية ثم النزعات المكبوتة، أما الأنا - وهو اشتقاق من الهي عند اتصالها

بالواقع - يتحكم فيما يجوز إدراكه أو فعله، وأما الأنا الأعلى - هو مشتق من الأنا - فيتكون باعتناق الصور المثالية للوالدين بوصفهما الموضوعين البدائيين للمحبة، وذلك عند تصفية الصراع الأوديبي. هذا التقمص هو الأصل في الضمير الخلقي، وهو أساس تقدير الذات ومشاعر الإثم. والتحالف بين الأنا والأنا الأعلى هو الذي يضمن الدفاع ضد الغرائز.

وكان لهذه التعديلات آثارًا خطيرة في التحليل النفسي من الناحيتين النظرية والعملية. وسواء أكان موضوع البحث تطور الشخصية أم دينامية الصراع، فإن المغزيين الرئيسيين لهذه التعديلات هما:

أولًا: إن تفسيرات التحليل النفسي لم تعد تصاغ بوصفها صراعات الغرائز، بل بوصفها دفاعًا للأنا ضد الحوافز الغريزية والانفعالات.

ثانيًا: إن الحوافز الغريزية موضوع البحث ليست هي الحوافز الجنسية وحدها، بل تشمل أيضًا الحوافز العدوانية. وبما أصبح يضيفه التحليل النفسي من أهمية على دفاع الأنا وعلى العدوانية، فإنه يأخذ اتجاهًا مختلفًا تمامًا عن الصورة الجامدة التي لا تزال سائدة عنه بين العامة (النظرية الجنسية الشاملة).

الاتجاهات الحالية:

ما زالت الاتجاهات الحالية في التحليل النفسي تخضع لنظريات

فرويد. وقد استمر فرويد حتى وفاته (1939) في تقديم مؤلفات عديدة هامة (1926) – "الكف والعرض والقلق").

وواصل التحليل النفسي تطوره في إنجلترا والولايات المتحدة بصورة تكاد تتسم بالإفراط، وانتكس في الدول الألمانية. وتكونت جمعيات هامة في الدول «اللاتينية»، ففي فرنسا لم تتبلور الحركة إلا منذ عام 1926.

واستمر تطور التحليل النفسي في نواحيه الفنية والإكلينيكية والنظرية والتطبيقية، مقتفيًا أثر التعديلات في مذهب فرويد مع العودة إلى الاهتمام ببعض التصورات الأولى، (مفهوم الدفاع). على أن نقص النتائج العلاجية والصعوبات النظرية حدت بالمحللين النفسيين إلى البحث عن حلول أفضل. ويمكن أن نميز بصورة تقريبية ثلاثة اتجاهات رئيسية.

ينحصر الاتجاه الأول في محاولة التغلغل إلى لاشعور أعمق، وإلى ماض أبعد في القدم. ويمثل هذا الاتجاه المدرسة "البريطانية" (ملاني كلاين)، متابعين في ذلك ما أبداه كارل أبرهام (1877-1925)، فأضفوا أهمية أساسية على الصراعات في السنوات المبكرة. أما الصراعات اللاحقة التي وصفها فرويد، مثل قلق الخصاء أو حسد القضيب، فتعتبر مؤديةً إلى تفسيرات ليست خاطئة، ولكنها سطحية نسبيًا.

وهناك محاولة أخرى تهتم، على النقيض من الاتجاه السابق، بالصراعات الحالية بين الفرد وبيئته. والممثل النموذجي لهذا الاتجاه

السيدة كارن هورني. إن «العصابي المعاصر» (1937) موزع بين حاجته إلى الاعتماد السلبي، ودفاعه ضد مجتمع ويتناول العلاج بالتحليل الخطة التي يستخدمها الأنا في تعامله مع العالم.

أما في الاتجاه «الفرويدي» الصميم، فتدرس الوظيفة التكاملية للأنا في علاقته مع العالم الخارجي وفي علاقته مع العام الداخلي: أي عالم الحوافز الغريزية. والممثل النموذجي لهذا الاتجاه "أنا فرويد" التي تلح على التشابه بين حيل الدفاع التي يستخدمها الأنا بإزاء التنبيهات الخارجية والداخلية جميعًا. وينحصر العلاج المثالي في السير مع مجرى تكوين العصاب في عكس اتجاهه حتى الوصول إلى الأخيلة والصراعات الحاسمة، مبتدئًا في سيره ذاك من قاعدة كبرى تمثلها علاقات الفرد بالعالم وبذاته.

الفصل الثاني

2

وجهات نظر التحليل النفسي

ينبغي علينا لفهم المؤلفات في التحليل النفسي، أن نعرف أن فرويد في دراسته "للظواهر النفسية" ينظر إليها من وجهات مختلفة. وعنده أن الوصف الأكمل هو «الميتاسيكولجية» لأنها تحيط بوجهة النظر الدينامية، ووجهة النظر الاقتصادية ووجهة النظر التركيبية جميعًا.

من الناحية الدينامية، لا يقنع التحليل النفسي بوصف الظواهر النفسية، بل يفسرها بتفاعلات القوى وتعارضها، أو بعبارة أخرى يفسرها بوصفها صراعًا. مثال ذلك أن يستشعر شخص ما، بادرة الغضب نتيجة إذلال، فيكبح غضبه خوفًا من عدوان مقابل، وهذا الكبح يعدل حالة الكائن العضوي وعلاقاته مع البيئة. ويمكن أن نقرب الأمر بقولنا إن القوى الداخلة في الصراع هي الحوافز الغريزية ذات الأصل البيولوجي (الحوافز الجنسية والحوافز العدوانية)، وحوافز مضادة لها ذات أصل اجتماعي، أي عادات مستمدة من الحاجات الغريزية، ولكنها تكتسب أثناء التعلم الفردي.

ويخلط فرويد بين الناحية الدينامية والناحية التكوينية، إلا أنه يحسن التمييز بينهما (هارتمان و كريس – 1945)، فوجهة النظر التكوينية تفسر السمات الشخصية والأنماط السلوكية على ضوء التطور النفسي؛ إذ إن مقارنة تاريخ حياة الأفراد تكشف عن بعض الثوابت في تتابع وترابط أنماط السلوك. وقد وصف فرويد منذ عهد مبكر مراحل تطور الغرائز ومراحل تطور العلاقات مع الموضوع. وعلى هذا النحو، يمكن دائمًا فهم أي سلوك أو سمة شخصية أو عرض بوصفها ارتقاء أو نكوصًا. وهكذا حاول أبراهام أن ينسب الأمراض العصبية والذهانية المختلفة، إلى نقط تثبيت رئيسية. فالعصاب الوسواسي مثلًا ينطوي على نكوص إلى المرحلة السادية الشرجية[1] من مراحل تطور الليبيدو وعلاقات الموضوع (1924).

(1) انظر نضوج الغرائز صفحة 49 وما بعدها.

أما وجهة النظر الاقتصادية، فتهتم بالناحية الكمية للقوى الموجودة في الصراع. مثال ذلك أن الفرد يمكن أن ينطوي منذ الميلاد على قدر متفاوت من الميل العدواني أو الشهوي، وتتعدل الطاقة الغريزية في بعض الفترات الحرجة (كالبلوغ وسن اليأس).

وتكون القوة النسبية للحوافز والحوافز المضادة حاسمة في تطور الصراع، ويمكن أن تنتقل هذه الطاقة - فإذا عدنا إلى مثال الغضب، نشاهد أن العدوان الموقوف بإزاء خصم أقوى، يمكن أن ينطلق في موقف آخر بإزاء فرد آخر أقل مدعاة إلى الخوف. إلا أن إمكانيات القياس الكمي محدودة بالنسبة إلى التحليل النفسي، وهو العلم الإكلينيكي في صميمه، وتكمله في هذا الميدان بصورة مرضية الدراسات التجريبية على الحيوان (قياس النزعات، والدراسة التجريبية للصراع).

وتبحث الناحية الطوبوغرافية في تركيب الجهاز النفسي. وقد شاهدنا أن فرويد استعاض عن المقابلة بين الشعور واللاشعور، بالتمييز بين ثلاث منظمات للحفز والفعل: الهي والأنا الأعلى والأنا، وهي تتدخل في الصراع بصور شتى. وتتمايز «منظمات الشخصية» هذه بقوتها النسبية وأصولها.

وليس من السهل تحديد استخدام فرويد لكلمة "الميتاسيكولوجية". وتضم المؤلفات المتياسيكولوجية بحوثًا عامة

تدور حول مبادئ الوظائف النفسية، واللاشعور، والنرجسية، وتقلبات الغرائز، ونظرية الأحلام، ونظرية مرض السوداء. وقد وضح بريرلي منذ عهد قريب هذا المعني بأن قابل بين الميتاسيكولوجية وعلم الشخصية (1951). فلنقل أن علم الشخصية (مواري – 1938) هو الدراسة الإكلينيكية للسلوك الملموس و الخبرات التي يحياها الشخص في اتصاله مع بيئته. وتنزع الميتاسيكولوجية إلى تجريد العمليات و التنظيمات "الموضوعية" عن البيئة المحيطة، وتسندها إلى الغائب لا إلى المتكلم إن صح هذا التعبير، فهي تفكير أكثر تجريدًا، وأعم انطباقًا، وأمعن في الناحية التصورية. وموجز القول إن منزلة الميتاسيكولوجية من التحليل النفسي الإكلينيكي كمنزلة علم النفس العام من علم نفس الفرد. إلا أن الإصطلاح له وقع سيء؛ نظرًا لمشابهته للاصطلاحين "الميتافيزيقا" و "والميتابسيقا" (علم الأرواح). وهو يستعمل في النادر، وقد حسن الاستعاضة عنه بعبارة "التحليل النفسي العام".

الفصل الثالث

3

المبادئ الأساسية



تعريف:

نقصد بالمبادئ الأساسية أعم المبادئ التي تخضع لها الحياة النفسية أو بعبارة أخرى سلوك الإنسان وخبراته، وذلك وفقًا لما يذهب إليه فرويد. وتجد هذه المبادئ النظرية مجالًا ثابتًا لتطبيقها في الناحيتين الفنية والإكلينيكية. ويرجع تاريخ ظهور هذه المبادئ إلى العهود الأولى للتحليل النفسي (1895). ومع ذلك فإنه يحسن التمييز بين مرحلتين: ففي المرحلة الأولى - إلى سنة 1920 - يميل فرويد إلى تفسير كل شيء بمبدأ اللذة والألم، وفي المرحلة الثانية - التي تبدأ بعد سنة 1920 - أدخل مبدأ "إجبار التكرار" الذي يعمل " فيما وراء مبدأ اللذة".

مبدأ الثبات:

مبدأ الثبات، الذي يسمى أيضًا بمبدأ النرفانا (باربارا لو)

ينص على ميل الكائن الحي إلى خفض التوترات بردها إلى أدنى مستوى ممكن. أو على الأقل إلى مستوى أبلغ ما يمكن ثباتًا. وقد ظهر هذا المبدأ، الذي استعاره فرويد من فخنر (1873)، منذ العهود الأولى للتحليل النفسي (1895) ولم ينصرف عنه أبدًا. ويفسر عمليات التفريغ التي تسفر عن الإشباع كما يفسر عمليات الدفاع ضد الأخطار والتوترات البالغة.

مبدأ اللذة والألم:

ويغلب أن يسمى مبدأ اللذة، توخيًا للإيجاز، وهو نتيجة لمبدأ الثبات ومؤداه: كل سلوك يرجع في أصله إلى حالة توتر مؤلم ويهدف إلى الوصول إلى خفض هذا التوتر، مع تجنب الألم وتحصيل اللذة إن أمكن تحصيلها. وينظم مبدأ اللذة العمليات اللاشعورية،

وهي بقايا مرحلة تطورية كانت فيها هي العمليات النفسية الوحيدة (النمط الأولي)[1]. ويكاد الطفل الصغير يحقق حالة كهذه، وذلك في السن الذي يتمتع فيه بحنان الأم ورعايتها: فهو يموه على «الألم» الناجم عن زيادة التنبيه وتأخير الإشباع بفعل التفريغ الحركي، وذلك بالصراخ والعراك، وهو يهلوس (يحقق في الخيال) حينئذ الإشباع المنشود. وعند الراشد الناضج يتبدى مبدأ اللذة في الميل إلى التنائي عما يورث الألم، ويتضح بصورة خاصة في أحلام اليقظة وأحلام النوم: فالنوم يسمح باسترجاع حياة نفسية شبيهة بما كانت عليه قبل معرفة الواقع؛ لأن الشرط الأول الضروري للنوم هو بالذات نبذ الواقع، وتزداد سيطرة مبدأ اللذة لدى المريض النفسي: فهو ينصرف انصرافًا كليًا أو جزئيًا عن الواقع الذي لا يستطيع احتماله. والكبت هو الذي يفسر اختلال "وظيفة الواقع" لدى المريض النفسي، ذلك الاختلال الذي فطن إليه بيير جانيه.

مبدأ الواقع:

وبالعكس، تتمشى السيطرة المتزايدة لمبدأ الواقع مع تطور ارتقائي، وهو تعديل لمبدأ اللذة يستهدف الغايات نفسها، ولكنه

---

(1) [النمط الأولي هو الأسلوب الذي تتسم به العمليات اللاشعورية الغريزية حيث لا تخضع لمبدأ الواقع ولا تعترف بالزمان ولا بالعلاقات العلمية المنطقية، وسيأتي بيان ذلك تفصيلًا في حينه – المترجم].

يتلاءم مع الظروف التي يفرضها العالم الخارجي. فمبدأ الواقع لا يقوض مبدأ اللذة، ولكنه إجراء وقائي، حيث يعزف عن اللذة العاجلة، إيثارًا للذة آجلة أضمن.

وفيما يتعلق بالجهاز النفسي، يتبدى إحلال مبدأ الواقع محل مبدأ اللذة في ارتقاء الوظائف الشعورية للتوافق مع الواقع، أي وظائف الانتباه والذاكرة، والحكم الذي يحل محل الكبت، والفعل الملائم للواقع الذي يحل محل التفريغ الحركي.

ويتمتع الفكر بصفات تتيح للجهاز النفسي أن يتحمل زيادة في التوتر أثناء تأجيل عملية التفريغ. وهو بصفة أساسية أسلوب اختباري للفعل، يصاحبه إزاحة وصرف لطاقة أقل، ويحتمل أنه لا يصبح شعوريًا إلا بفضل علاقاته مع الآثار التذكرية للألفاظ. وبإدخال مبدأ الواقع، ينفصل نمط من النشاط النفسي: فالخيال، كما يتبدى في لعب الأطفال وفي أحلام اليقظة، يظل خاضعًا لمبدأ اللذة.

ولا تتم السيطرة المضطردة لمبدأ الواقع بصورة متجانسة شاملة، فالغرائز تفلت منه إلى حد بعيد. ويحدث هذا بصفة خاصة في حالة الغرائز الجنسية التي يتأخر نضجها: فتظل (أثناء الطفولة) وقتًا طويلًا تشبع بطريقة ذاتية شهوانية (كالعادة السرية مثلًا) دون أن تتلاءم مع الموضوعات الواقعية. ويكون البلوغ مسبوقًا بفترة طويلة من الكمون الجنسي. وهذه الظروف تطيل أمد بقاء الغرائز

خاضعة لمبدأ اللذة، فتظل أكثر ارتباطًا بالخيال وبالإشباع "الهلوسي"، وبالكبت الذي يستجاب به على أدنى تأثير مؤلم. ومن ثمة فإن ذلك يكون بمثابة نقطة ضعف في التنظيم النفسي، ومنه يتضح أن "اختيار العصاب" يتوقف على النقطة التي يكف فيها تطور الأنا والليبيدو.

وبصفة عامة، تظل العمليات اللاشعورية خارجة عن نطاق سيطرة مبدأ الواقع: فالفكر يكافئ الواقع، والرغبة تكافئ تحقيقها. ومن ثمة يأتي خطر الغض من شأن التأثير العابر للتخيلات، بحجة أنها لا تناظر شيئًا من الواقع، أو إرجاع الشعور العصابي بالذنب إلى مصدر آخر، بحجة أنه لم تقترف أيه جريمة فعلًا.

ويرجع فرويد تطور الصور المختلفة للحضارة إلى مبدأ الواقع. فالأديان تحاول أن تدعو إلى العزوف عن اللذة في هذه الحياة بما تعد به من تعويض في الآخرة. إلا أن العلم هو الذي يقترب أكثر من غيره من القضاء على مبدأ اللذة، وتنزع التربية إلى تكوين الأنا باستبدال مبدأ الواقع بمبدأ اللذة. والفن نمط فريد في نوعه للتوفيق بين المبدأين: فالفنان يتحول عن الواقع إلى المتوهم، لكنه يعود إلى الواقع، من حيث إن ما يمليه الواقع من عزوف عن الإشباع يألم الناس له، هذا العزوف هو ذاته جزء من الواقع.

إجبار التكرار:

تدل آلية التكرار، أو بعبارة أفضل إجبار التكرار، على الميل إلى تكرار الخبرات القوية، أيًا كانت النتائج المفيدة أو الضارة لهذا التكرار. وقد أدرك فرويد، منذ بداية عمله في التحليل النفسي، أهمية ظواهر التكرار التي تنتمي إليها مفاهيم عدة (التثبيت - النكوص - التحويل)، ولكنه لم يعتبرها مبدأ للوظائف النفسية يعمل "فيما وراء مبدأ اللذة" إلا بعد عام 1920. ويستمد الوقائع النفسية التي يستند إليها بصفة رئيسية من الأمراض العصابية الناجمة عن الصدمات ومن لعب الأطفال، ومن عصاب القدر (تكرار نفس الحوادث المؤلمة في الحياة) ومن التحويل. ويمكن رد بعض ظواهر التكرار هذه إلى مبدأ اللذة. فمثلًا، في عصاب الصدمة وفي الحياة، يحتمل أن يكون معنى التكرار هو السيطرة على خبرة مؤلمة. ومع ذلك، يبقى أمامنا شيء آخر: فإن الخبرات المؤلمة، والسلوك عديم التكيف، تتكرر على وتيرة مفجعة، وهذا التكرار ينتهي بصاحبه إلى الفشل ويخلف جراحًا في عزة النفس.

ومن ثمة لا يمكن أن يفهم بوصفه تكرارًا لحاجات غريزية تسعى إلى الإشباع، بل هو ينشأ عن حاجة قائمة بذاتها إلى التكرار، تتعدى مبدأ اللذة. وثمة اعتبارات بيولوجية أقرب إلى مجال النظريات تدعم هذه الاعتبارات السيكولوجية فكل حياة تنتهي إلى

الموت، أي إلى رجوع إلى الحالة اللاعضوية، والجنسية تؤدي إلى التناسل، وبذلك يبدو إجبار التكرار مبدأ سيكولوجيًا ذا أساس راسخ في الميدان البيولوجي.

وقد أثارت فكرة إجبار التكرار ما أثارته نظرية غرائز الموت المتصلة بها من اعتراضات وانتقادات. وتنصب هذه الانتقادات بصفة أساسية على بيان أن ظواهر التكرار التي تورد تأييدًا لإجبار التكرار لا تقع "فيما وراء مبدأ اللذة": فدورية الغرائز مغروسة في مصادرها الجسمية، وكلما عاد المطلب الغريزي إلى الإلحاح، عاد أيضًا شعور الإثم ودفاع الأنا إلى التدخل بصورة تكرارية، وتفسير العمليات العديدة المتكررة ببقاء مشاعر الإثم ومعاودتها. أما عمليات تكرار أحداث الصدمات فإن غايتها الأساسية هي إيجاد نتيجة أفضل، والسيطرة على الموقف الذي لم يسيطر عليه: من ذلك أن الراشد الذي أفحم في نقاش، لا يفتأ يديره في رأسه محاولًا العثور على الرد المفحم الملائم الكفيل بإسكات خصمه، ولما كانت محاولة السيطرة قد أخفقت بينما ظلت الحاجة إلى السيطرة قائمة، فإنه ينشأ عن ذلك تكرار المجهود (كوبي، فنيكل، هندريكس)، أما ببرنج، فهو أقرب إلى المحافظة، ويميز في إجبار التكرار بين نزعة تكرارية ونزعة إرجاعية. وتعبر النزعة التكرارية عن القصور الذاتي للمادة، فهي نزعة محافظة تهدف إلى الاحتفاظ بالخبرات القوية سواء أكانت لذيذة أم مؤلمة، وإلى تكرارها، إنها آلية غريزية تقع فيما وراء مبدأ

اللذة. أما النزعة الإرجاعية فهي حيلة منظمة مهمتها تفريغ التوترات التي تحدثها خبرات الصدمات، وبذلك تضع التكرار في خدمة الأنا.

والأمر المثير للدهشة في عمليات التكرار العصابية، هو بقاء السلوك غير الملائم للواقع والحاضر، أي إخفاق مبدأ الواقع، وعجز التفكير الرمزي الذي يستطيع دون سواه أن يحطم التكرار الجبري بتقدير النتائج البعيدة للسلوك. وبالنظر إلى الأمور من عل. وعلى النقيضِ، يعبر التكرار الجبري عن اعتماد الكائن الحي على الحاجات الغريزية والانفعالات التي يستشعرها في الوقت الحاضر بصدد بعض النتائج المتوقعة للسلوك. وبعبارة أخرى، إن عمليات السلوك التي توصف بأنها عمليات تكرار إجباري تتسم بنفس سمات العمليات الأولية اللاشعورية الصادرة عن مبدأ اللذة من حيث هو متمايز عن مبدأ الواقع، وشرط هذه العمليات هو ضعف الأنا وعجزه عن التحرر منها.

علاقة المبادئ بعلم النفس:

إن المبادئ الأربعة التي عرفناها وعلقنا عليها نجدها تحت صور أخرى في علم النفس المعاصر. فمبدأ الثبات الذي صاغه فخنر وفرويد يشبه كثيرًا مبدأ اتزان وظائف البدن الذي صاغه الفسيولوجي كانون، كما يتفق مع المسلمات الأساسية لكثير من

السلوكيين ابتداء من وطسون إلى تلمان. ويفسر مبدأ الواقع العمليات الثانوية، أو عمليات التعلم في اصطلاح علم النفس، أي أنه يفسر كافة التعديلات الشخصية والسلوكية الناجمة عن سلوك الفرد وخبرته. ويقرب هذا المبدأ بصفة خاصة من "قانون الجزاء" الذي يقضي بأن السلوك يعزز عندما يؤدي إلى "ثواب" ويثبط عندما يؤدي إلى "عقاب". ويجد مبدأ التكرار نظيرًا له في "قانون التردد" أي في الصلة القائمة بين التذكر أو التعرف وعدد عمليات التكرار المستخدمة أثناء فترة التعلم. ونجد شبيهًا للمشاكل التي يثيرها الصراع بين مبدأ اللذة ومبدأ إجبار التكرار في اختلاف علماء النفس بصدد قانون التردد وقانون الجزاء. وفي ميداني البحث كليهما، يعتبر بقاء السلوك غير المتكيف إحدى المشاكل الرئيسية لعلم النفس.

الفصل الرابع

4

الغـــرائز

لعبت فكرة الغريزة دورًا رئيسيًا في صياغة اكتشافات التحليل النفسي صياغة نظرية، وفي تنظيم المذهب، وهي تركيب رمزي وكائن "أسطوري". ولا يقصد فرويد بعبارة "الغريزة" (Instinkt بالألمانية) حقيقة واقعية يمكن مشاهدتها، بل يعني قوة نفترض وجودها وراء التوترات المتأصلة في حاجات الكائن العضوي، أي "الحوافز" (Trieb بالألمانية). فالغريزة إذن مفهوم يقع على حدود الظواهر البيولوجية والظواهر النفسية، فهي تمثل مطلب الجسم قبل الحياة النفسية. ويمكن تمييز عدة أوجه في مجرى العملية الغريزية: **فالمصدر** هو حالة من التهيج داخل الجسم، **والهدف** هو القضاء على هذا التهيج، **والموضوع** هو الأداة التي تحقق الاشباع أو توصل إليه. ويتوقف تصنيف الغرائز على المعيار الذي يؤخذ به: فالخبرة الإكلينيكية تبين أن الموضوع والهدف متغيران، أما علم وظائف الأعضاء، فلا يمدنا بمعلومات موثوق بها عن المصدر. فلا عجب أن تطور تفكير فرويد.

النظرية الأولى في الغرائز:

ظلت النظرية الأولى في الغرائز حتى سنة 1920 تقريبًا تميز بين الغرائز الجنسية، التي يدل اصطلاح "الليبيدو" على مظاهرها الدينامية، وبين غرائز الأنا. وتقوم هذه النظرية على أساس إكلينيكي بصفة رئيسية هو اكتشاف الدور الذي يلعبه كبت الحاجات الجنسية في نشوء الأمراض العصابية، فالإشباع الجنسي يعارضة القلق ووجدان الإثم والمثل الخلقية أو الجمالية للأنا. ومن ثمة فإن القوى المعارضة للنزعات الجنسية، وهي القوى التي تعمل على حفظ الأنا، تسمى "غرائز الأنا". والصراع بين الغرائز الجنسية وغرائز الأنا هو مغزى الصراع العصابي، والكبت هو نتيجة لتفوق غرائز الأنا.

النرجسية:

يرجع أول تعديل لنظرية الغرائز إلى اكتشاف النرجسية (1914)، أي الطبيعة الليبيدية أو الجنسية لبعض النزعات التي كانت تنسب حتى ذلك الحين إلى غرائز الأنا. فمؤدى الفكرة الجديدة أن جزءًا من الأنانية، أي من محبة الذات، يماثل من حيث النوع الطاقة الليبيدية المستثمرة في الموضوعات الخارجية، فالليبيدو وهو الطاقة العامة للغرائز الجنسية، وهذه الطاقة تستثمر في الأنا وفي الغير أو في الأشياء. ويقوم برهان ذلك على انتقال الليبيدو من الأنا إلى الموضوعات وبالعكس. ويكون مجموع الاهتمام المستثمر في الموضوعات وفي الأنا مقدارًا ثابتًا، فكلما زاد حب المرء لذاته، قلت محبته للموضوعات والعكس بالعكس. ولهذا السبب يشاهد أنه في حالات الإعياء والنوم والألم والمرض والكآبة، يرتد إلى الأنا مقدار متفاوت من الطاقة الليبيدية المستثمرة في الآخرين وفي الموضوعات الخارجية. ويلاحظ أن ليبيدو الأنا والليبيدو "الموضوعي" متماثلان في الطبيعة والأصل، على الرغم من إمكان نشوب صراع بينهما فيما بعد. وبذلك ينتهي التطور الجدلي لتفكير فرويد إلى رد الغرائز إلى الوحدة.

النظرية الثانية للغرائز:

تقوم النظرية الثانية للغرائز على التمييز بين غرائز الحياة

وغرائز الموت، وأصبحت غرائز الحياة أو الإروس تضم في وحدة بعينها التعارض بين بقاء الذات وبقاء النوع، كما تضم التعارض بين الليبيدو النرجسي والليبيدو الموضوعي، وهدفها هو "الربط" أي إنشاء وحدات تتزايد دومًا، وبالتالي فهي تهدف إلى البقاء. أما غرائز الموت والتدمير أو الثناطوس فهدفها حل التجميعات؛ إذ إن الهدف الأخير لكل كائن حي هو الرجوع إلى الحالة اللاعضوية. وبذلك يتضح أن غرائز الحياة وغرائز الموت جميعًا تتسم بنزعة محافظة، من حيث إن الطائفتين كلتيهما تنزعان إلى استعادة حالة سابقة. وهذه الإثنينية الجديدة تناظر إثنينية عمليات الهدم والبناء البيولوجية التي تدور في الكائن العضوي.

وتظهر النزعات التدميرية نتيجة لإسقاط غريزة الموت وتدمير الذات على الموضوعات الخارجية، وينتج الليبيدو الموضوعي من إسقاط غرائز الحياة المستثمرة أصلًا في الأنا. لا يوجد سلوك يمكن أن يوصف بأنه نرجسي أو موضوعي؛ تدميري أو ليبيدي، بصورة خالصة، فإن كل العمليات السلوكية ليست إلا تآليف متعارضة أو متوافقة من طائفتي الغرائز (غرائز الحياة وغرائز الموت)، فهي "امتزاج" أو "اختلاط" بينهما. ويؤدي فساد المزيج، أو "انفصام الحوافز" إلى اختلالات في السلوك: مثال ذلك أن الغلو في العدوان الجنسي يجعل من الحب قاتلًا، والانخفاض الشديد في العدوان يؤدي إلى الخجل أو العنة.

وقد قوبل فرض غريزة الموت بتحفظات من جانب الكثير من المحللين النفسيين. فقد تعدى هذا الفرض حدود الأسس الفيزيقية والبيولوجية التي استند عليها؛ إذ يمكن تفسير النزعات التدميرية على نحو آخر، فالعدوان هو النمط الذي يتبع في السعي وراء بعض الأهداف في مستوى بدائي، استجابة للحرمان أو بصورة تلقائية، وذلك لانعدام تفاضل العدوان والليبيدو، ويكفي مبدأ الثبات وحده التفسير، سواء كان الأمر يتعلق بسعي الكائن العضوي مباشرة إلى خفض التوترات، أو كان يتعلق بسعيه إلى ذلك عن طريق توترات أعلى (اشتهاء التنبيه، البحث عن الموضوعات، تكوين وحدات أكثر اتساعًا).

نضوج الغرائز:

مصدر الغريزة جسمي ومستقل نسبيًا عن تفاعلات الكائن العضوي والبيئة. فنضوج الجسم يؤدي إلى نضوج النزعات الغريزية، بفضل تطور داخلي يمكن مقارنته بتطور الجنين. وهذه العملية البيولوجية تفعل فعلها طوال الحياة كلها، وتظهر بصفة خاصة في فترات التحول الجسمي (الطفولة، البلوغ، سن اليأس، الشيخوخة). والواقع أن فكرة توقيت المراحل الغريزية وتسلسلها فكرة قديمة في نظرية التحليل النفسي (1905)، وعلى الرغم مما طرأ عليها من تعديل بالمراجعة والتوسع فقد ظلت جزءًا ثابتًا من

هذه النظرية. وأهم ما تتضمنه هو فكرة "المناطق اللذية الشهوانية"، وهي مناطق من الجسم يؤدي تنبيهها إلى الإشباع الليبيدي. وتتغير المنطقة السائدة للذة الشهوانية تبعًا للسن ولنمو الكائن العضوي (مراحل تطور الحوافز)، وبالمثل يتغير تنظيم علاقات الكائن العضوي مع ذاته ومع بيئته ومع الأشخاص تغيرًا مناظرًا (مراحل تطور العلاقة بالموضوع).

توافق المرحلة الفمية البدائية (المص) نصف السنة الأولى من الحياة. وفيها يكون الفم مركزًا لنمط للتعامل سائد وإن لم يكن وحيدًا: ألا وهو الاندماج. ولا يتدخل الإدماج في مص ثدي الأم فحسب، بل يشاهد أيضًا في امتصاص الأعضاء الحسية والجلد لكافة التنبيهات التي تقع في المجال المتاح للطفل. ويتحقق تقبله لما يمنح له بصورة أفضل كلما كانت البيئة المحيطة، ولا سيما الأم، أكثر ملائمة. ويكون هذا التقبل مصحوبًا بإشباع ليبيدي شديد يوصف بأنه "فمي". وفي الحرمان والتوتر والانتظار، يتعلم الطفل سريعًا أن يمص جزءًا من جسمه هو، ويغلب أن يكون هذا الجزء هو أصابعه ولا سيما إبهامه، وبذلك يمنح نفسه: "إشباعًا شهوانيًا ذاتيًا".

وتبدأ المرحلة الفمية المتأخرة في النصف الثاني من السنة الأولى. ويحل الإدماج بالعض محل المص، فلا يقتصر الأمر على أن الطفل يجد لذة في العض فحسب، بل إن عمليات الطفل الحسية

والحركية " تعض" أيضا على الواقع، وفي العلاقة مع الآخرين ينحصر السلوك النموذجي في الأخذ والاحتفاظ. والتوتر المصاحب للتسنين يلزم الطفل أن يعض أكثر، وهو بذلك يضعه، أمام مشكلة الرضاعة بدون عض، وإلا سحبت الأم ثديها.

ويضاف إلى هذا خطر الفطام الوشيك. ومهما كان حدب المحيطين فلا مناص من نشوب صراع، فألم التسنين والنقمة على الأم والغضب العاجز - كل هذه العوامل تلقي بالطفل في خضم من خبرات سادية مازوكية مبهمة تخلف فيه انطباعا عاما هو أن الوحدة مع الأم قد انهارت. ولما كان الاتحاد الوثيق مع الموضوع يتضمن تدميره، فإنه يقال عن الطفل إنه "ثنائي العاطفة" (أي ينطوي على الحب والكراهية معا)، ولما كان يهتم على وجه الخصوص بجسمه هو، فإنه يوصف بأنه "نرجسي".

وتمتد المرحلة السادية الشرجية طوال السنتين الثانية والثالثة من العمر. وتفرغ التوترات بصفة رئيسية بالتبرز. ويرتبط الإشباع الليبيدي بتفريغ وتهييج الغشاء المخاطي الشرجي، فيمكن أن يزيد التهيج بحجز البراز. وتصبح المواد البرازية موضوعا للحب والكراهية معا بما لها من قابلية للطرد أو الاحتفاظ بها. وهي تمثل "الملكية" حيث إنها تخرج من الجسم لتتحول إلى موضوع خارجي. ويرجع ارتباط السادية بالشرجية إلى المعنى التدميري للتبرز، وإلى

أن التحكم في العضلات العاصرة يصبح أثناء عملية تعلم النظافة أداة لمعارضة الكبار. وتتميز المرحلة السادية الشرجية بثنائية العاطفة وازدواج الجنسية (الذكورة والأنوثة معا).

وتقع المرحلة "القضيبية" بين السنتين الثالثة والخامسة من العمر. وتصبح الأعضاء التناسلية (القضيب عند الولد والبظر عند البنت) هي المنطقة الرئيسية المولدة للذة الشهوانية، فتفرغ التوترات بصفة رئيسية بالاستمناء التناسلي المصحوب تخيلات. وتصبح النزعات التي توجه الطفل نحو أفراد الوسط المحيط به أكثر شبها بالحياة الغرامية للكبار. وعند الولد، تنحصر «عقدة أوديب» الموجبة في أنه إذ تشتد محبته لأمه، يعاني صراعًا بين حبه لأبيه (المبني على تقمصه لأبيه)، وكراهيته له (المبنية على امتيازات والده التي لا يحظى هو بها)، فيؤدي به قلق الخصاء إلى نبذ تملك الأم تملكا مطلقا بلا شريك. أما إذا كانت الأم هي التي يعتبرها الولد غريمة في حبه لأبيه، فإن هذه الحالة يطلق عليها اسم "عُقدة أوديب السالبة". أما عند البنت، فإن تطور علاقتها مع أبيها، وهو تطور أكثر تعقيدا، يمهد له ما تستشعره البنت من أن أمها غررت بها، ولا سيما بسبب فقدان القضيب، فيستعاض عن "حسد القضيب" بالرغبة في الحصول على طفل ذكر من الأب.

وتقع «مرحلة الكمون» بين السنة السادسة وسن البلوغ،

وفيها يضعف الحافز الغريزي، ليس بسبب النمو البيولوجي بل بتأثير الأوضاع الثقافية. وينسى الطفل "الانحراف متعدد الصور الخاص بالسنوات السابقة (إمنيزيا الطفولة) ويتخذ من المبادئ الخلقية سدودا يقيمها في وجه الغرائز.

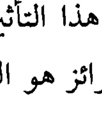
وبذلك يصطدم الانبثاق الجنسي عند البلوغ بعوائق لم تكن موجودة أثناء تطور الجنسية الطفلية، ولا تختفي الميول الجزئية التي كانت تميز الجنسية الطفلية (الميول الفمية والشرجية والسادية المازوكية، والرغبة في مشاهدة الأوضاع الجنسية، والرغبة في استعراض الأعضاء التناسلية) وإنما تتكامل وتتناسق تحت سيطرة الميول التناسلية. وهذا هو افتتاح "المرحلة التناسلية" المميزة للحياة الجنسية عند الراشد التي يسيطر عليها الجماع.

وإذا حيل بين الفرد وبين تحقيق إحدى مراحل تطور الغرائز تحقيقا كاملا، فإنه يجوز إما أن يواصل تطورا سابقًا لأوانه، أو أن ينكص إلى مرحلة مسابقة أكثر ضمانا، وبذلك يحقق"تثبيتا"غريزيا. ويعتبر هذا التثبيت تمهيدا لعودة الميول التي تميزه، ويحدث ذلك مثلا بمناسبة حرمان. وتلعب عودة المكبوت هذه دورا رئيسيا في تكوين الأمراض العصابية والانحرافات (ومن أمثلة ذلك: عودة الميول الفمية السادية في ذهان الهوس الاكتئابي، والميول السادية الشرجية في العصاب الوسواسي).

تلك هي الخطوط العريضة للنظرية الأصلية (فرويد - 1905، كارل أبراهام - 1924). وقد انتقدت هذه النظرية، وزيد عليها (روبرت ماك برونشفيك - 1940)، وعدلها بعض المؤلفين (ملاني كلاين). ونكتفي بالقول بأن الواقع أكثر تعقيدا، وأن هذه النظرية اقتصرت على تخطيط بعض الاحتمالات. وأن ثمة احتمالات أخرى، وأن تحقيق أي من هذه الاحتمالات يتوقف في نهاية الأمر على التفاعلات المعقدة بين الطفل والوسط المحيط به.

تربية الغرائز:

إن القول بغرائز تتطور من تلقاء ذاتها بصورة داخلية بحتة لا ينطبق على الواقع الإنساني، فالطفل الإنساني، نتيجة لعدم نضوجه البيولوجي، معتمد على بيئته التي يميل تأثيرها إلى تكييف التطور الغريزي وفقا لأغراضها الخاصة. وشرط هذا التأثير هو مرونة موضوعات الغرائز وأهدافها، ومصدر الغرائز هو الذي يظل في مجموعة ثابتة بيولوجيا.



ويمكن إيراد أمثلة عديدة لتحولات الغرائز. فالفطام، لا يفتأ يحل «البزازة» والأغذية الجامدة محل الثدي (الإزاحة). وتعلم النظافة يفترض قلبا للموقف بالنسبة إلى الوظائف الإخراجية (التكوين العكسي) وتشبثا بالأشياء التي تفضلها الأم (التقمص). ويمكن للعقاب على فعل عدواني بتأديب بدني أن يحل المازوكية محل السادية (قلب غريزة إلى ضدها).






وثمة حيلة كثيرًا ما يستعان بها وهي «التصعيد»، وهي تغير موضوع الغريزة وهدفها جميعًا، بحيث إن الحاجة الغريزية تجد إشباعًا في موضوع وهدف غير جنسي بل ينطوي على قيمة اجتماعية أو خلقية أسمى.

وبذلك لا تؤدى الغرائز في السلوك الإنساني دورها التكيفي الذي تقوم به عند كثير من الحيوانات. فاتجاهها غريب عن الواقع، وتعلم الكائن الإنساني وتربيته الاجتماعية ضروريان وينقلان إلى الأنا وظائف حفظ الكائن العضوي والتوافق مع الواقع.

الفصل

الخامس

5

الشخصية

إن فكرة الشخصية التي تشغل حيزا كبيرا في علم النفس المعاصر، تحتل حيزا أكبر منه في التحليل النفسي: فالتحليل النفسي - من حيث هو علاج نفسي - هو علاقة بين شخص وشخص، ومن حيث هو علم نفس - يعلق أهمية قصوى على التاريخ الفردي، ولا سيما العلاقات الشخصية في هذا التاريخ بالذات. ومع هذا فإن المحللين النفسيين قليلوا الاحتفال بإيراد تعريف عام للشخصية، ولا شك أنهم لن يعترضوا على تعريف يشبه الشخصية بالتنظيم الدينامي داخل الفرد للأجهزة النفسية الفسيولوجية التي تضمن توافقه الخاص مع بيئته (البورت). وفي مقابل ذلك، يعتبر التحليل النفسي أحد الفروع النادرة من علم النفس التي تهتم بتركيب الشخصية.

النظرية الأولى في الجهاز النفسي:

صيغت النظرية الفرويدية الأولى من الجهاز النفسي صياغة واضحة في «تفسير الأحلام» (1900). وهي بإيجاز تميز بين ثلاث

كيفيات أو حالات للواقعة النفسية: الشعور وما قبل الشعور واللاشعور، ولا تضيف النظرية شيئًا جديدا جوهريا إلى الشعور الذي ينص بصفة خاصة على أنه ليس إلا حالا من الأحوال التي تكون عليها الواقعة النفسية. وما قبل الشعور هو أول ما يحد من نطاق الشعور، وتوصف به عمليات نفسية كامنة ولكنها متاحة، أي يمكن استدعاؤها بسهولة إلى الشعور، مثل الكلام والذكريات والمعارف. أما ما يوصف باللاشعور فهو كامن أيضا، ولكنه ليس متاحا لأن قوى الكبت تعارض ذلك. ويسمح إضعاف هذه القوى المعارضة بواسطة العلاج التحليلي النفسي، بالإفراج عن العمليات اللاشعورية وإدراكها. وعلى الرغم من أن هذه العمليات لا شعورية، فإنها تؤثر تأثيرا قويًّا على السلوك وعلى الخبرة الشعورية، فأزمة الاكتئاب مثلا ترجع في الأصل إلى وجدان لا شعوري بالإثم وحاجة لا شعورية إلى معاناة العذاب.

وقد ظهر نقص هذه النظرية بصفة خاصة على ضوء تقدم تحليل الأنا وحيل الدفاع، فهي في الواقع تعتبر اللاشعوري وما وقع

عليه الكبت شيئًا واحدًا. ولكن الخبرة الإكلينيكية تثبت أن نشاط دفاع الأنا – في عملية الكبت -- يكون لاشعوريا بالمثل. ومن ثم لم يعد في الإمكان التعبير عن عمليات الصراع النفسية والعصابية بوصفها حالات شعورية تتصارع مع حالات لاشعورية، ولم يعد هذا التعارض وحده يستطيع أن يفسر تركيب الجهاز النفسي.

النظرية الثانية في الجهاز النفسي:

قدم فرويد سنة 1923، في كتابه "الأنا والهى"، أول عرض لنظريته الثانية في الجهاز النفسي. وتنحصر في التمييز بين ثلاث منظمات أو تشكيلات للشخصية: الهي والأنا والأنا الأعلى.

ويستخدم فرويد هذه العبارات بصورة مجازية في بعض الأحيان. وتبين الخبرة الإكلينيكية أن الوقائع التي تشير إليها هذه الاصطلاحات تسقط أحيانا على أشخاص، ولا سيما أثناء الأحلام، فمثلا تصور القوى الغريزية للهي بحيوان، وتسقط قوى الكبت المتضمنة في مفهوم الأنا الأعلى في صورة جندي من الشرطة. ومع ذلك، فإنه ينبغي ألا تحول إلى كائنات موجودة أو أشخاص. فهذه الاصطلاحات لا تدل إلا على منظمات الحوافز والأفعال التي تتعارض عادة في الصراع.

ويرجع مفهوم "الهي" في الأصل إلى نيتشة وجرودك اللذين استخدما هذا الاصطلاح للدلالة على ما هو لا شخصي ولا إرادي ولا شعوري وفطري في القوى العميقة التي تسيطر على الحياة الإنسانية. وهذه هي الصورة الأصلية للجهاز النفسي في الفترة

السابقة على الميلاد، وعند المولود الجديد، وهي المادة الأولية التي تتفاضل منها الأشكال اللاحقة. وتتكون ديناميا من ميول غريزية نحو التفريغ، وحاجات جسمية تثيرها التنبيهات الخارجية. ويتميز أداؤها الوظيفي بسيطرة النمط الأولي، فلا تخضع حاجات الهى لمبدأ الواقع، ولا تعترف الزمان ولا بالعلاقات العلية المنطقية، بل تخضع هذه الحاجات لمبدأ اللذة والألم. ويرى (المؤلف) أن من الخطأ قصر مفهوم الهي على حاجات غريزية ذات طبيعة بيولوجية خاصة، والأقرب إلى الصواب أن نقول إن الحاجات الغريزية، موضع البحث، بالرغم من أنها قد تنصب على موضوعات واقعية، إلا أنها تهدف في الأعماق اللاشعورية إلى موضوعات وأهداف غريبة عن الواقع، يمكن وصفها بحق بأنها «تخيلية».

ولا ينبغي بحال من الأحوال الخلط بين مفهوم «الأنا» في التحليل النفسي، والأنا في علم النفس غير التحليلي. ومن الناحية التكوينية، يتطور الأنا نتيجة لتفاضل الجهاز النفسي عند مواجهته للوقائع الخارجية، بالطريقة نفسها التي تتفاضل بها الهي عند مواجهة المصادر الجسمية للحاجات والانفعالات. ونشاط الأنا شعوري (الإدراك الحسي الخارجي، والإدراك الحسي الداخلي، والعمليات العقلية) وقبلشعوري ولا شعوري (حيل الدفاع). ويخضع تركيب الأنا لمبدأ الواقع (التفكير الموضوعي، المتسم بأوضاع اجتماعية، والمعقول، في المستوى اللغوي). ويتكفل الأنا، دون الهي والغرائز، بالدفاع عن الشخصية وتوافقها مع البيئة، وحل الصراع بين الكائن الحي والواقع، أو بين الحاجات المتعارضة

للكائن الحي، وينظم الوصول إلى الشعور وإلى التعبير الحركي، ويضمن «الوظيفة التنسيقية الشخصية" على حد تعبير نونبرج.

والمأثور أن "الأنا الأعلى" تعديل للأنا باعتناق أساليب الكبت التي يمر بها الفرد أثناء تطوره. ويتبدى نشاطه في حالة الصراع مع الأنا بإنماء انفعالات تتعلق بالوجدان الخلقي ولا سيما وجدان الإثم. وبعض المواقف التي توجد في حالات السواء مثل ملاحظة الذات وانتقاد الذات والتحريم، تأخذ في بعض الأمراض العصابية (الوسواس ومرض السوداء)، صورة تبلغ من الخطورة بحيث إن قلق الضمير يجعل الحياة لا تطاق. وفي هذه الحالات من "المازوكية النفسية"تستحوذ على الفرد حاجة لا تكبح إلى اتهام الذات وعقابها، وإلى معاناة العذاب والفشل. ويتكون الأنا الأعلى بتقمص الطفل للصورة المثالية للأب، وفي الحالات السوية يكون الأب المتقمص هو الأب المماثل جنسيًا. وينسب فرويد الدور الرئيسي إلى التقمصات التي تصفي الصراع الأودبي، ولكن هذه التقمصات لا تمنع من وجود أخرى أسبق منها أو لاحقة عليها. وإذا لم يكتمل نمو الأنا الأعلى اكتمالًا صحيحًا، فإنه يحتفظ بتركيب مشبه يتصف بمنطق فج، فنرى الأنا الأعلى يعامل الأنا مثلما يعامل الأب القاسي ابنه. ويقوم وجه الشبه العميق بين الأنا الأعلى والهي على أن الأنا الأعلى يعتبر الناتج الختامي لتقمص الطفل للموضوعات الأولية لحوافزه الجنسية والعدوانية ويمثل الأنا الأعلى والهى كلاهما تأثير الماضي، فتمثل الهي تأثير الوراثة، ويمثل الأنا الأعلى التأثيرات الأبوية والاجتماعية، بينما يتحدد الأنا بصفة رئيسية بالخبرة الخاصة للفرد.

وينطبق المثل الأعلى للأنا على ما يبغي الفرد أن يكونه. وهو تعديل الوهم الطفلي في امتلاك القدرة المطلقة، بتأثير عمليات تقمص لاحقة.

وموجز القول أن الأنا هو الذي يوجه وينظم عمليات توافق الشخصية مع البيئة والتوترات التي تحفز الشخصية، وتحقيق إمكانياتها. وفي وظيفته هذه، لا يتقيد الأنا بانعدام أو نقص بعض المقدارت فحسب، بل يتقيد كذلك بارتشاحات الهي والأنا الأعلى اللذين يحملانه على العمل في اتجاه غير ملائم أو يمنعانه عن العمل، كما يحدث مثلًا في صورة إجبار التكرار، والمازوكية النفسية.

تكوين الشخصية:

يهتم التحليل النفسي بدينامية المنظات الثلاث للشخصية في تعاملها مع الواقع (أنا فرويد – 1939). وقد أمكن بمراجعة تاريخ الحالات الشخصية أن يستخلص وصفًا للمراحل التكوينية التي تؤدي في النهاية إلى تركيب الشخصية وديناميتها. ويعلق علم الشخصية التحليلي أهمية حاسمة على السنين الخمس الأولى من الحياة، وينصب على هذه الفترة الجزء الأكبر من الأبحاث في تكوين الشخصية.

كانت عملية التكوين هذه تعتبر دائمًا نتاجًا لتفاعل العوامل البيولوجية والعوامل النفسية الاجتماعية، ولا سيما البيئة العائلية وهي الوسيط الخاص المجسد لنقل الثقافة. وفي الصياغة النظرية الأولى كان الاهتمام بالناحية البيولوجية هو الغالب: فمراحل نضوج الغرائز توافق مراحل العلاقة مع الموضوع، ويرتبط مغزى الأحداث الخارجية وأهميتها بالمرحلة الغريزية التي وقعت فيها،

وتخضع الاتجاهات التي تأخذها انفعالات الطفل وتخيلاته - إلى حد كبير - لنضوج الغرائز. ويرى فرويد أن بعض ما يفسر أصل عقدة أوديب هو افتراض لا شعور جمعي. وقد بالغ يونج في تقدير أهمية هذا الفرض.

وتبدو هذه التفسيرات في يومنا هذا مغالية في التبسيط، فالتطور الغريزي لايتم على هذا النحو الجامد، ومن المحتمل ألا تكون المراحل الغريزية إلا نتائج مصطنعة ذات أصل ثقافي، فلم تعد مرحلة الكمون تعتبر مرحلة يشترك فيها أفراد الجنس الإنساني جميعًا. ويبدو أن اللاشعور الجمعي فرض مبالغ فيه. أما الأمر الذي يشترك فيه كافة أفراد الجنس البشري بلا شك فهو نقص النضوج البيولوجي للطفل مما يضطره إلى الاعتماد على بيئته أمدًا طويلًا. وقد زاد الإحساس بتعقد التفاعلات بين النضوج البيولوجي والبيئة، واتسع صدر التحليل النفسي في الوقت ذاته لمناهج البحث في الأخرى ومعطياتها (الملاحظة المباشرة للأطفال أو لمجموعة من الأطفال، والأنثروبولوجية الثقافية). وفي السنوات الأخيرة اتجه البحث بصورة خاصة إلى السنين الثلاث الأولى من العمر، والعلاقة بين الأم والطفل. وصور النضوج المبكر للأنا والأنا الأعلى. ويتعذر إيراد فكرة عن هذه المسائل الصعبة التي يثور فيها الخلاف، كما يتضح من كتاب جرالد بلوم الذي ظهر حديثًا. وبوجه عام، يبدو تكوين الشخصية عملية تدريب اجتماعي مضطردة، وقد أبرز التحليل النفسي دور عمليات التقمص المتتابعة والمتكاثرة في تطور هذه العملية. ومن آثار التقمص، رأب ما في خبرة الطفل ببيئته وجسمه من تصدع، ولكنه في الوقت نفسه يتناءى عن ذاته في انجذابه في شخصية أخرى لا تنطبق على شخصيته تمام الانطباق.

الفصل
السادس
6
الســـلوك

إذا حاولنا أن نعرف موضوع علم النفس التابع للتحليل النفسي فلا يمكن أن نختار لذلك الخبرة الشعورية؛ إذ إن التحليل النفسي يرمي إلى الكشف عن المعاني اللاشعورية، ولا يمكن أن يكون هذا الموضوع هو العمليات اللاشعورية؛ لأن تطور التحليل النفسي وجهه إلى علاقة الشخصية كلها مع نفسها ومع البيئة. ومفهوم السلوك، الذي لا يفيد شيئًا فيما يتعلق بالكيفية الشعورية أو اللاشعورية للعمليات النفسية، هو الذي يسمح على أفضل وجه بإعادة تنظيم المعلومات النظرية في الفصول السابقة حول الظواهر التي تضعها الخبرة الإكلينيكية تحت ملاحظة المحلل النفسي.

ولا يقصد بالسلوك هنا المظاهر الخارجية والمادية البحتة. بل هو جماع الأفعال الفسيولوجية والنفسية واللفظية والحركية التي تقوم بها شخصية متصلة ببيئة لمحاولة حل التوترات التي تحفزها، ولتحقيق إمكانياتها. والخاصية الأساسية للسلوك هي أن له معنى هو ما للأفعال التي يتضمنها السلوك من قدرة على خفض توترات

الكائن الحي. وهو يتضمن التفكير الشعوري، وهو ضرب رمزي من السلوك يحل محل الفعل المادي أو يمهد له. وهو يتضمن الاتصال، أعني ذلك المظهر الأساسي لتفاهم الكائن الحي مع بيئته.

الحفز:

الحفز حالة من التفكك والتوتر تحرك الكائن الحي الذي لا يهدأ إلى أن يخفض التوتر ويستعيد تكامله (مبدأ الثبات). وسبق أن رأينا أن المصدر الأخير للحفز - في رأي التحليل النفسي - هو الغرائز التي تهذبها الخبرة الفردية والتدريب الاجتماعي. ومن الناحية الإكلينيكية، تتبدى الغرائز في صورتين رئيسيتين: الحاجات والانفعالات. وتتفاوت الحاجات تفاوتًا كبيرًا من حيث القوة والطبيعة: فهناك حاجات فسيولوجية، وحاجة إلى الأمن، وحاجة إلى الحب، وحاجة إلى التقدير، وحاجة إلى المعرفة والفهم، وغير ذلك. وتكون هذه الحاجات - وهي المظاهر الملموسة للغرائز -

أكثر مرونة بقدر ما يكون إشباعها أقل ضغطًا وضرورة بالنسبة إلى بقاء الكائن الحي. فالحاجات الجنسية، والحاجة إلى الحرية مثلًا تكون أكثر مرونة إلى حد بعيد من الحاجة إلى التنفس. ويصاحب ظهور الحاجات لون من الانفعال يتدرج بين اللذة والألم، تبعًا لما يتوقعه الأنا من إشباع أو حرمان.

ويهتم التحليل النفسي بصفة خاصة بالانفعالات الأليمة ذات الصلة الوثيقة بالحاجات الهامة. والمثل النموذجي لهذه الانفعالات هو الحصر أو القلق المتصل بالحاجة إلى الأمن. ويختلط القلق في صوره البدائية مع كل حالة من التوتر أو التهييج الزائدين، تتجاوز إمكانيات الكائن الحي للاستجابة (حالة محدثة لصدمة). وفي مرحلة تالية، تنقص شدته ويتحول إلى نذير بالخطر يستخدمه الأنا في الدفاع. وإذا أخفقت إجراءات الدفاع، فإن الأنا يغلب على أمره ويعتريه الذعر. ووجدان الإثم صورة خاصة لقلق الأنا إزاء الأنا الأعلى. وثمة انفعالات مؤلمة أخرى تشبه القلق ووجدان الإثم، مثل الاشمئزاز والخزي؛ وهي تكون "بواعث للدفاع" وتطلق عنان النشاط الدفاعي للأنا.

صياغة السلوك:

تنحصر صياغة السلوك في الشعور بحاجات الشخصية، وفي اكتشاف الأهداف والموضوعات والوسائل المناسبة للإشباع. ولما كان حل التوترات وتحقيق الإمكانيات والتوافق مع الواقع من

وظائف الأنا إلى حد بعيد، فإنه تتضح أهمية كل ما يضعف قوة الأنا: القوة المفرطة للحوافز الغريزية أي للحاجات والانفعالات، وإجبار التكرار الذي يحول دون التوافق عن روية مع النتائج البعيدة، ووجدان الإثم والمازوكية النفسية. وبعبارة طوبوغرافية، تتفق قوة الأنا مع درجة الحرية التي يتمتع بها بالنسبة إلى المنظمتين الأخريين: الهي، والأنا الأعلى.

البحث عن الوسائل:

يعالج علم النفس هذه الناحية من السلوك تحت عناوين منها العادة والمحاولة والذكاء، وقد ظل التحليل النفسي وقتًا طويلًا لا يهتم بهذه العمليات، تاركًا دراسة الأنا إلى علم النفس، وقد رأينا الأهمية التي اكتسبتها هذه الدراسة منذ خمس وعشرين سنة، فقد خصصت مؤلفات هامة عن هذه المشاكل (هارتمان، رابا بورت).

وقد صاغ فرويد أسس نظرية حديثة للتفكير، فيصفه بأنه تجريب عقلي حيث يلعب تأجيل الاستجابة وتوقع النتائج دورًا رئيسيًا. وينحصر مظهر هام لضعف الأنا في عدم قدرته على إعمال التفكير الرمزي، أي في العجز عن التحرر من المطالب الجبرية العاجلة للبيئة والانفعالات والحاجات.

الموضوعات:

يتعين أن تجد الحاجة موضوعًا ملائمًا حتي يتاح لها الإشباع. ويمكن أن يكون الموضوع خارجيًا (السلوك الذي يستهدف الغير) أو أن يكون هو الشخص ذاته (السلوك الذي ينحصر في الذات) وذلك مثلًا عندما تقتصر الاستجابة على انفعال، أو دفاع بالكبت، أو إشباع شهواني ذاتي، ويكون اختيار الموضوع مرنًا، شأنه في ذلك شأن أهداف الغرائز. وبالتالي يرجع إلى الأنا في الأحوال العادية اختيار موضوع مناسب للحاجات الغريزية، أو الموضوعات البديلة المشبعة كما يحدث في التصعيد مثلًا. وواضح أن هذا يشترط أن تكون حرية الأنا في الفعل بحيث لا يعوقها تثبيت موضوع ماض متقمص.

فمثلًا يصعب على الرجل أن يختار موضوع حب مشبع إذا كان هذا الرجل مشدود الوثاق (نفسيًا) بأم ثنائية العاطفة، تشبعه تارة وتصدره تارة أخرى، محتاجًا إلى استرجاع محبتها عندما يعتقد أنه فقدها.

وفي حالة من هذا القبيل، يرتبط التثبيت عند نمط معين من الموضوعات ارتباطًا وثيقًا بالتثبيت عند بعض الأهداف. كما أن تدخل الموضوعات المتقمصة يتبدى على شكل تشويه في إدراك الموضوعات الواقعية، التي يسقط عليها المثال الوالدي من حيث هو موضوع طيب أو سيء، أي من حيث هو موضوع مثالي أو موضوع مضطهد.

التفريغ والدفاع:

إن الهدف العام للسلوك هو خفض التوترات والقضاء على التفكك، أو بعبارة أخرى هو التكامل. وبفضل مرونة الأهداف الغريزية، يلعب الأنا عادة دورًا رئيسيًا في تحديد الأهداف، مع تقرير الواقع الخارجي والداخلي جميعًا وهنا أيضًا تتقيد كفاءة الأنا بالتثبيت عند بعض الأهداف كما يحدث في المازوكية النفسية التي تفسد على كثير من الناس حياتهم، ويمكن التمييز بين احتمالين: فإما أن يتطور السلوك متجهًا نحو تفريغ إشباعي مارًا بمرحلة وسطى هي زيادة التوتر وتدخل انفعالات لاذة، كما يحدث مثلًا في جماع جنسي سوي ينتهي بذروة الشبق مع القذف. أو أن يكون ظهور الحاجة الغريزية بتوقع للخطر، ويعوق تطورها تدخل انفعالات مؤلمة (الاشمئزاز والخزي ولا سيما القلق ووجدان الإثم). وبصورة آلية ولا شعورية، يستعين الأنا في هذه الحالة بحيله الدفاعية ضد هذه الانفعالات المؤلمة وضد الحاجات الغريزية التي تثير تلك الانفعالات. ويظل هدف السلوك في هذه الحالة خفض التوتر، ولكن بشرط أن يتم هذا بدون زيادة التوتر الوسيط وذلك بطرد الانفعالات المؤلمة والحوافز المعيبة من الأنا وفصلها عنه. وتلك عملية توافق فادحة الثمن؛ لأنه لا بد من استمرارها أو تكرارها، ولأن الحافز المكبوت يظل موجودًا في حالة اشتقاقية، ويتسلل إلى السلوك والتفكير في صورة محرفة وبدون أن يتعرف عليه الأنا.

وقد درست آنا فرويد (1936) حيل الدفاع كما درسها فنيكل

(1944). والتأثير العام لهذه الحيل هو الكبت في اللاشعور. ويدل هذا الاصطلاح أيضًا على حيلة دفاعية خاصة، وينحصر في الميل اللاشعوري إلى تجاهل أو نسيان النزعات أو الأحداث التي تمثل بصفة عامة ضروب الإغراء أو العقوبات أو الإشارات المتعلقة بالمطالب الغريزية التي لا يمكن قبولها: مثال ذلك نسيان النيات أو اسم أو مناسبة انفعال أو معناه. وقد وصفت حيل دفاعية أخرى: النفي وهو النزعة إلى إنكار الانطباعات والوقائع المؤلمة، والتكوين ضد القذارة أو الفوضى، والإبطال ذو الأثر الرجعي وينحصر في الإقدام على فعل شيء يعتبر في الواقع أو الوهم نقيضًا لشيء آخر حدث في الواقع أو الوهم، كما يعمل دفاع الأنا ضد الانفعالات المؤلمة، أو على وجه الدقة ضد التوترات التي يمنعها من أن تتطور إلى انفعالات مؤلمة: مثال ذلك تأجيل انفعال في وقت عصيب. وتكون العمليات الدفاعية ضد الانفعالات هي عين العمليات الدفاعية ضد الحوافز. والانفعالات المكبوتة، شأنها في ذلك شأن الحوافز المكبوتة، تظل فعالة وتتبدى بصورة غير مباشرة (الأحلام، الأعراض المرضية، المستبدلات، المكافآت الجسمية).

ويحسن التمييز بين حيل دفاع الأنا، وحيل خلاص الأنا التي تنطوي على قيمة تكيفية مغايرة بالمرة. ويتوقف عملها على زوال الدفاع، ومثال ذلك العمل على الانفصال عن كائن محبوب أثناء الحداد، ويمكن أن نورد في عدادها التصعيد الذي يختلف عن حيل

الدفاع في أن التفريغ لا يعاق. ومن أمثلة ذلك: تصعيد حوافز الجنسية المثلية في الصداقة والعلاقات الاجتماعية، وتصعيد الحوافز السادية عند الجراح، وتصعيد الحوافز الفمية عند المغني والخطيب. ونجد مثالًا آخر لذلك في أن يألف الإنسان أنماطًا معينة من المواقف.

النتائج الثانوية للسلوك:

لا تقتصر نتائج السلوك على استجابات التفريغ أو الدفاع التي عرفناها بأنها أهداف السلوك. فللسلوك نتائج ثانوية أيضًا. فتكوين الشخصية ونظام العادات كله يعتبر نتيجة ثانوية للسلوك. ولكن للسلوك أيضًا نتائج ثانوية خارجة عن الشخصية، فهو يبعث عند الآخرين استجابات مكملة، وبذلك يمكن أن يؤدي تكرار أنماط بعينها من السلوك إلى تكرار أحداث شبيهة إلى حد لا يكاد يصدق. مثال ذلك أنه حدث كثيرًا لامرأة في مقتبل العمر، في أثناء حياتها، أن ألفت نفسها طرفًا ثالثًا بين زوجين، فهي صديقة للزوجة، وفي الوقت نفسه يحبها الزوج ويتودد إليها. فقد حدث لها مرتين لا يفصل بينهما إلا بضعة أشهر، أن استنجدت بها الزوجة - في أسرتين مختلفتين - لمعاونتها في إيقاظ الزوج، الذي لم يكن من السهل إيقاظه، وذلك قبل القيام برحلة.

وقد أطلق فرويد اسم: عصاب القدر على هذا التكرار

للأحداث التي تكاد تكون متطابقة عندما تكون هذه الأحداث سيئة (الرجال الذين تخدعهم عشيقاتهم، والذين يخونهم أفضل أصدقائهم).

الشعور واللاشعور:

في عهد الفتوح الكبرى في التحليل النفسي، كان البحث يتركز في اللاشعور ويميل إلى الغض من شأن الشعور، ويعتبره ناتجًا ثانويًا للعمليات اللاشعورية التي تكون الواقع النفسي الأصيل. وتبين الصفحات التي كتبها فرويد في مبدأ الواقع أنه لم يتورط قط في هذه المبالغة. وقد أدى تطور التحليل النفسي للأنا إلى إدراك منزلة العمليات الشعورية بصورة أفضل. ولذلك فإن الإدراك الشعوري كان دائمًا جزءًا رئيسيًا من العلاج بالتحليل النفسي. ومع ذلك فإن الحاجات والانفعالات المكبوتة تباشر ضغطًا غير محسوس على الأنا بمعاونة حيل الدفاع. ومن هنا تشيع التحريفات في إدراك الآخرين وإدراك المواقف (الإسقاط)، والتبريرات المغرضة للأفعال التي يظل الباعث الحقيقي عليها لا شعوريًا (التبرير). والأنا الذي اختل توازنه يجد لنفسه من الأسباب ما يجده منها المستيقظ من التنويم المغنطيسي عند إقدامه على تنفيذ الأمر الذي تلقاه أثناء نومه.

السلوك والاتصال:

كل عملية اتصال تتعلق بشخصين على الأقل، صاحب الرسالة والمرسل إليه، اللذين يتعاقب دوراهما. ويمكن أن تستخدم الاتصالات كافة أنواع الوسائل المادية. والمهم فيها هو هدفها أي توصيل مدلول. وبالتالي تكون نتائج الاتصالات منصبة على الغير ورمزية في الوقت عينه. وتعتبر بعض العمليات السلوكية الاجتماعية اتصالات في جوهرها. أما بقية العمليات السلوكية فالقليل منها هو الذي لا يعتبر اتصالًا من ناحية ما. والكلام هو المثال الأكثر شيوعًا للاتصال. والتفاعل المتبادل بين التعبير والفهم، وتوافقهما المستمر، يفترضان خبرات عقلية من التقمص الجزئي، فالاتصال هو المشاركة ومما يثبت هذا، صعوبات الاتصال الناجمة عن عدم تجانس العقليات الشعورية (نظرية العقليات) ويتطلب الاتصال التمييز بين الذوات، وإلا أصبح عديم الجدوى، وقدرًا معينا من التشابه وإلا أصبح مستحيلًا.

وتعتبر مشكلة الاتصالات مشكلة حاسمة بالنسبة إلى علم النفس المرضي والتحليل النفسي. ويمكن أن توصف العملية العلاجية كلها بأنها الانتقال من اتصال غير مناسب إلى اتصال مناسب. فالمحلل النفسي والمحلل نفسيًا عليهما أن يزيلا سوء التفاهم (لاكان). فالاتصال يفسد مثلًا بالإسقاط الذي يحول المحلل النفسي إلى قاض، ويحول "المستدعيات الطليقة" للمريض

إلى اعتراف قسري لطفل مذنب أمام أب قاس. ولا يستخدم الاتصال اللغة وحدها، فإن كافة أفعال المريض تعتبر اتصالات فكثيرًا ما يكشف الفعل عما تخفيه العبارة. وثمة مشاكل صعبة يضعها وجود رسائل لا يمكن في كل الأحوال إدراك توصيلها المادي.

وهكذا بدلًا من أن يعود علم النفس الحديث إلى عزل الكائن الحي، نجد أنه يهتم بصفة رئيسية بالتفاعلات بين الكائن الحي والبيئة. ولا يوصف الشعور بأنه مقفل على ذاته بل بأنه مفتوح للعالم. وقد أدى هذا الاتجاه الفكري نفسه، إلى إنماء فكرة علاقة الموضوع في التحليل النفسي وقاعدة العلاقات بين الأشخاص هي الاتصال.

الفصل

السابع

7

الحياة اليومية

التحليل النفسي والحياة اليومية:

إن الحديث عن الحياة اليومية يدعو إلى التفكير في مؤلفات فرويد عن علم النفس المرضي لهذه الحياة. غير أن الأمر لا يقتصر على ذلك؛ ففي العلاج، يشاهد أن ما يحدث من أمور في الحياة العادية يظهر بلا انقطاع في جلسات التحليل النفسي، ويصل كثيرًا إلى حد يعوق فيه العلاج ويعطله، بما تنطوي عليه الصراعات الحالية من حدة ومن ضغط. وتزخر المؤلفات في التحليل النفسي بمعلومات عن هذه الأمور، فهناك مؤلفات عن كافة مظاهر الحياة اليومية، وإن كان الإنتاج التحليلي النفسي أكثر عناية بعلم النفس المرضي بالمعنى الدقيق. ويمكن أن يتناول التحليل النفسي كافة الميادين وضروب النشاط التي يندمج فيها الإنسان، بشرط أن يتم ذلك بدراسات ملائمة.

ولا يدعي التحليل النفسي تفسيرات مانعة. فهو لا يغفل العوامل البيولوجية والاجتماعية والاقتصادية والثقافية، فمن الواضح مثلًا أن كثيرًا من أنواع السلوك تحقق عادات اجتماعية. ومجال التحليل النفسي هو سلوك الفرد وخبرته والعلاقات بين الأشخاص، وهدفه الخاص هو استخلاص معناها في مجموعها وفي تتابعها. ولذلك فإن سيكولوجية الزواج مثلًا لا تزال ناقصة على الرغم من أكداس المعلومات والدراسات الهامة. فالبحوث الإحصائية الواسعة، والدراسات الإكلينيكية المستفيضة، لا تمكننا من تحليل دقيق عميق لهذا الموضوع، ويتعين الاستعانة بالتحليل النفسي إذا أردنا أن نفهم حق الفهم اختيار المرء لشريك حياته وتطور الروابط والصراعات الزوجية.

ومن ثمة فإن الحياة اليومية تقدم إلى التحليل النفسي ميادين عديدة للبحث. فليس ثمة ضرب من ضروب النشاط لا تتدخل فيه الحاجات والموضوعات اللاشعورية، وليس معنى هذا ضرورة رد

كل شيء إلى العمليات اللاشعورية. ويمكن بسهولة إثبات دور الإسقاط في إدراك الآخرين وإدراك المواقف، ودور التبرير في النشاط "الإرادي". وقد رأينا الدور الذي يمكن أن يقوم به الإنسان في تكوين أحداث حياته (عصاب القدر). وثمة حيلة هامة هي "الانتقال إلى الفعل" تأخذ صورة بارزة لدى بعض الأشخاص الذين نراهم يبذلون مهارة لا شعورية إذ يحققون ويشخصون على مسرح حياتهم اليومية ما تزخر به مأساتهم اللاشعورية من موضوعات، وهم في ذلك يستهدفون إشباع بعض الحاجات أو السيطرة على مواقف صادمة.

ونجد مثالًا شائعًا لذلك في بعض صور الفشل. فالتكرار الرتيب للموقف نفسه وللشكايات نفسها يدل على أن صاحبها مسئول عما وقع له. ويغلب أن يكون التتابع النفسي على الوجه التالي: يثير الشخص الآخرين عليه باعتداءاته وسوء تصرفه، فيحقق حالة يمكن أن يشعر فيها بأنه ضحية بريئة، من حقه أن يطرح اللوم على سوء الحظ وخبث البشر.

وبهذه الطريقة ينفذ إجبار التكرار الحاجات اللاشعورية إلى العدوان وعقاب الذات، ويعمل على استمرار نمط اضطهادي في العلاقة مع الآخرين.

الهفوات:

الهفوات ظواهر يمكن لكل شخص أن يلاحظها وأن يفهمها

في أغلب الأحيان. ويدرج فرويد في عدادها فلتات اللسان وزلات القلم والقراءة الخاطئة والخطأ في السمع، والنسيان المؤقت لأسماء الأعلام والمشاريع، وإضافة شيء بصفة مؤقتة، والأخطاء الوقتية. ولا ينكر فرويد دور الأسباب التي تسرد عادة لتعليل هذه الظواهر، كالتعب وتهيج وشرود الذهن والخواص اللغوية للألفاظ. ولكن هذه التفسيرات جزئية. ويبين التحليل النفسي أن اختلال نشاط الأنا يرجع إلى باعث طفيلي يمكن أن يكون شعوريًا أو قبلشعوريًا قابلًا لأن يتعرف عليه الشخص بسهولة، وفي حالات أخرى يكون لاشعوريًا ولا يقبله الأنا.

ويروي فرويد قصة رئيس مجلس نيابي لم يكن مرتاح النفس لما قد تسفر عنه الجلسة، فافتتح الجلسة بأن أعلن رفعها. وقصة مريض حرم عليه أن يخاطب عشيقته تليفونيًا، فكان كلما أراد أن يتصل بفرويد تليفونيًا يخطئ فيطلب رقمًا آخر هو بالذات رقم تليفون عشيقته.

ومعيد بإحدى الكليات كان ضيقًا بهذه الوظيفة، ويرى أنه يستحق ما هو أرفع منها؛ وحدث أن قامت مناقشة حادة بينه وبين عميد الكلية حول تأخير ترقيته، ثم قدمت له عقب ذلك استمارة لملء بياناتها فكتب اسمه ثم كتب سهوًا أمام البيان الخاص بالوظيفة: عميد كلية كذا[1]. وروت سيدة معروفة بصرامة الخلق:

---

(1) مثال أوردناه بدلًا مما أورده المؤلف من مثال يقوم على فلتة لسانية فرنسية تفقدها الترجمة طلاوتها.

"سأل زوجي الطبيب عن نوع الغذاء الذي ينبغي أن يقدم له، لكن الطبيب أجابه بأنه ليس في حاجة إلى غذاء خاص، وأنه يستطيع أن يأكل وأن يشرب ما أريده أنا"[1]. (وكانت تقصد أن تقول: ما يريده).

ويتدخل تفسير الهفوات بصورة مستمرة في العلاج بالتحليل النفسي. ويغلب أن يكون تركيبها بالغ البساطة، كأن يعبر شخص بالإيجاب عن رغبة في الموت كان يريد أن ينفيها. وتنحصر أهميتها النظرية في توضيح الخاصية المميزة للتفسير التحليلي في أمثلة يسيرة الفهم، وهذه الخاصية هي استخلاص مغزى الأفعال المدروسة في مجموعها وفي تتابعها، دون إنكار ما للمسببات الأخرى الجزئية من قيمة.

---

(1) مثال مقتبس من فرويد – محاضرات تمهيدية في التحليل النفسي. ترجمة الأستاذ الدكتور أحمد عزت راجح (الأنجلو المصرية 1952) ص23.

الفصل الثامن

8

النوم والحلم والكابوس

النوم والأرق:

النوم هو الحالة التي يعمد إليها الكائن الحي لإشباع حاجته إلى الراحة، أو على وجه التحديد حاجته إلى الإغفاء. فالنوم الهادئ الخالي من الأحلام هو أقصى ما يستطيع أن يتوصل إليه كائن حي من خفض للتوتر. والنائم تنقطع رغبته في معرفة الواقع، وبذلك فإن النوم يعتبر حالة ضعف نسبي للأنا وتقوية نسبية للمنظمتين الأخريتين للحفز والفعل وهما الهو والأنا الأعلى. ومن الناحية التكوينية يخلع فرويد على النوم معنى العودة إلى الحياة السابقة على الميلاد: "نحن ننشيء لأنفسنا بالأحرى ظروفًا قريبة الشبه من ظروف هذه الحياة: الحرارة والظلام وانعدام المثيرات. وبعضنا ينام بعد أن يتقرفص معطيًا جسمه وضعًا شبيهًا بالوضع الذي كان عليه في رحم أمه.

فالنوم إذن يتضمن سيطرة الحاجة إلى النوم وضعف الحاجات الأخرى. وبالتالي فإن اضطراب النوم، أو النوم الذي لا يمنح الجسم استجمامًا، أو الأرق - كل هذا يرجع إلى ضغط التوترات المزعجة. وتبدو علة بعض حالات الأرق واضحة عندما يضطرب النوم بتأثير تنبيهات خارجية أو هموم شعورية حادة، أو ترقب مشحون بانفعالات لاذة أو مؤلمة، أو تهيج جنسي بدون إشباع، أو غضب مكبوت. وفي حالات أقل وضوحًا، يرجع الاضطراب في الأصل إلى حاجات أو انفعالات مكبوتة، ويغلب أن يكون ارتباطًا بإغراء وخوفًا من عقاب، كالخوف من الاستمناء أو الاحتلام، والخوف من قتل الغير أو التعرض للقتل، بل يمكن أن يكون الضعف الوقتي للأنا مصدرًا للخوف، بمعنى أنه يضعف قدرة النائم على الدفاع عن نفسه ضد الحوافز غير المقبولة (هروب في الأرق)، فضلًا عما يتضمنه الأرق من معنى العقاب. أما عند بعض

الأشخاص الآخرين، فنجد على العكس من ذلك أن النوم يستخدم كدفاع ضد عالم واقعي قليل الإرضاء، أو ضد توترات مؤلمة (الهروب إلى النوم).

الحلم:

الحلم نشاط للإنسان النائم يستعين به الأنا الذي ينشد النوم في خفض الحوافز التي تميل إلى إيقاظ النائم. وهذا هو معنى عبارتي فرويد المشهورتين: "الحلم هو حارس النوم"، و«الحلم تحقيق لرغبة». وبالتالي فإن إنتاج الحلم لا يختلف بصفة جوهرية عن إنتاج الهفوة إلا من حيث أن صورته تكون أكثر تعقيدًا.

وتجد تفسيرات فرويد أبسط تطبيق لها في الحالات التي تتطور فيها النزعة المزعجة دون أن تصادف عقبة ترجع إلى الواقع أو إلى الأنا. وهذا هو ما يحدث عندما يكون الأنا والشعور بالواقع ضعيفين، كما هو الحال عند الأطفال. وهاك مثالًا مقتبسًا من فرويد:

كلف طفل عمره اثنان وعشرون شهرًا بتقديم سلة من الكريز إلى شخص، على سبيل التهنئة. ويبدو بوضوح أنه يفعل هذا على غير هواه، على الرغم من الوعد بمكافأته ببعض ثمرات الكريز. وفي اليوم التالي، يروي أنه حلم بأن "هيمان" (هرمان وهو اسمه) أكل كل الكريز.

وتحدث هذه الأحلام ذات الطابع "الطفلي" عند الرشد أيضًا، ولا سيما تحت ضغط الحاجات الفسيولوجية الملحة (الجوع والعطش والحاجة الجنسية والحاجة إلى الإخراج). ولا تجري الأمور عادة بهذه البساطة: فالحلم يبدو خاويًا من كل معنى، منطويًا على شحنة وجدانية مبهمة أو ليست بالسارة ولا المؤلمة. ويصف الحالم حلمه بأنه سخيف وغريب ومتناقض. ويرجع هذا أولًا إلى أن الفكر في الحلم ليس تركيب الفكر في حالة اليقظة: فالمحتوى الظاهر اختزال للمحتوى الكامن (وهذا ما يسمى بالتكثيف)، ويتوقف كل عنصر ظاهر على عدة أفكار كامنة (التحتيم بأكثر من سبب واحد)، وتنفصل الشحنة الوجدانية عن موضوعها الحقيقي، وتنصب على موضوع فرعي (الإزاحة)، وعن الفكر التصوري المجرد بصور مرئية (الإخراج المسرحي) ويستخدم رموزًا يشترك فيها الناس جميعًا أو تفسر بما اكتسبه الفرد من بيئته أو خبرته الذاتية (التعبير الرمزي)، وأخيرًا فإن أنا الحالم، بقدر ما يقترب من تفكير اليقظة، يضفي على تكويناته الحلمية نظامًا منطقيًا أو تفسيرًا مغرضًا (التصفية الثانوية). هذه الحيل التي يصفها فرويد في كتابه "تفسير الأحلام" لا تنطوي على مضمون وصفي فحسب، بل هي تؤدي وظيفة أيضًا: ففي الحلم ذي الطابع الطفلي، يمكن أن يكون الإشباع غير مقنع لأنه لا يثير اعتراضًا من جانب الأنا، أما إذا كانت الحاجة أو الانفعال المزعجان للنوم من شأنهما أن يثيرا صراعًا

مع الأنا، فإن الحلم لا يستطيع أن يؤدي وظيفته بوصفه حارسًا للنوم ما لم يتنكر معناه إلى حد كاف، وتسمح حيل صوغ الحلم بالتوفيق بين مطالب الأنا والحوافز المكبوتة. وكثيرًا ما يكون النشاط الدفاعي للأنا هو أوضح عنصر يبدو في المحتوى الظاهر. وهذا النشاط هو الذي يطلق عليه فرويد اسم "الرقابة" في كتابه "تفسير الأحلام".

مثال: حلمت سيدة شابة متزوجة بأنها دخلت مبنى يشغله بعض الأمريكيين. وعرض عليها «ألبوم» من الصور الفوتوغرافية، فاختارت زميلًا لمشاركتها في حفلة ساهرة راقصة، وأعطيت لها تذكرة، وفهمت أن ثمة أمرًا آخر، ولكنها خففت من حدة هواجسها، فإن الزميل الذي اختارته رجل شهم لا يحتمل أن يطلب منها أكثر مما تمنحه إياه، فضلًا عن أنها ذهبت هناك بصفتها صحفية للحصول على معلومات. وهنا يزيد التباس الحلم وغموضه: فهي تعمد إلى الهروب، وتطلق النار عليها أثناء الليل. فتستمر في الحرب وتثب إلى أوتوبيس أثناء سيره.

يصور هذا الحلم تصويرًا مسرحيًا رغبة في الخيانة الزوجية ومن السهل تتبع دفاع الأنا. فاختيار شريك في حفلة راقصة ساهرة يخفي اختيار عشيق. وتفهم الحالمة هذا بوضوح يدفعها إلى مغالبة إحساسها بالإثم بتبريرات عقلية: فالرجل المختار لن يطالبها بأكثر

مما تستطيع أن تمنح، ثم إنها ذهبت إلى هناك بصفتها صحفية لجمع المعلومات. ولكن هذه الاحتياطات الدفاعية تفشل: وهنا يلجأ الأنا إلى الالتباس، وإلى نسيان جزء من الحلم وإلى الهروب، ولكن الصراع بين الحافز الجنسي والإحساس بالذنب تزداد حدته، فيجيء إطلاق الرصاص عملية للتوفيق، فهو رمز للاعتداء الجنسي وللعقاب معًا، كما أن الوثوب إلى الأتوبيس يوفق بين الهروب والعلاقة الجنسية التي يرمز إليها غالبًا بانتقال في إحدى وسائل المواصلات.

ويقتضي الحلم بالضرورة مجهودًا لتفسيره، مهما كان شفافًا، ومهما كان حدس المحلل النفسي وخبرته. ويوصي فرويد في كتابه «تفسير الأحلام» بدراسة مستدعيات أفكار الحالم بصدد الأجزاء المتعددة للحلم، والغرض من تجزئة الحلم هو استبعاد معناه الظاهر وتصفيته الثانوية. ولم تعد - فيما نعلم - تستخدم هذه الطريقة الفنية، وقصارى ما يفعل المحلل النفسي إثارة مستدعيات الأفكار حول نقاط معينة من الحلم. وأصبح تركيب الحلم وتصفيته الثانوية، بل وتفسير الحالم التلقائي له، تستخدم كعلامات تبين النشاط الدفاعي للأنا: مثال ذلك أن يفسر المحلل حلمًا عن عدوان موجه ضد المحلل تفسيرًا يتضمن الخنوع والإذعان للطبيب القدير على كل شيء. وبوجه عام، يحاول المحللون أن يدركوا معنى الحلم في المجرى العام للعملية العلاجية، وذلك بوضعه في سياقه،

وبنسبته إلى معايير الموقف العلاجي وغيرها مما يتصل بالحياة الراهنة، والحالة الجسمية، والماضي والطفولة. ويخضع تفسير الحلم لمقتضيات سير العلاج، ففي أغلب الحالات، لا يكاد يكمل تحليل حلم حتى تظهر مشاكل جديدة. وبالعكس، يمكن أن تتضح الأجزاء التي تظل غامضة من حلم ما، بفضل تطور التحليل.

وفي السنوات الأخيرة قدم برترام د. ليفين إحدى الإضافات الأصيلة الهامة إلى التحليل النفسي للأحلام. يرى هذا المؤلف أن النوم عودة إلى حالة الإشباع الفمي لدى الرضيع الذي ينام عند ما يشبع. ويمثل "ستار الحلم" ثدي الأم وتحقيق الرغبة في النوم. وتتكون الصور المرئية في الحلم من الرغبات الطفلية القبلشعورية واللاشعورية التي تهدد بإيقاظ النائم وتحقق رغبات أخرى عدا الرغبة في النوم.

الحلم المؤلم والكابوس:

لا يمكن إذن أن نفهم هذه العبارة "الحلم تحقيق لرغبة" بحرفيتها إلا في حالة "الحلم الطفلي". فالرغبة التي يحققها هي رغبة الأنا في النوم. ولا يتطور الحلم، ولا يؤدي حق الأداء وظيفته بوصفه حارسًا للنوم، إلا إذا نجح النشاط الدفاعي للأنا، وفي غير هذه الحالة، يشوب الحلم صبغة القلق، أو تقطعه يقظة مفعمة بالقلق، كما يحدث في المخاوف الليلية للأطفال.

وثمة أحلام يبدو محتواها الظاهر متناقضًا تناقضًا واضحًا مع تحقيق الرغبة: وهي تلك الأحلام التي يتعرض الحالم فيها لمعاملة مؤلمة، كأن يصدر عليه حكم بالإعدام. وتفسير هذه الأحلام بسيط بوجه عام: فالحاجة المسيطرة التي تنطلق من عقالها في النوم هي حاجة إلى العقاب (المازوكية النفسية). وفي هذه الحالة يمكن أن يجيء العقاب بعد الجريمة أو قبلها.

مثال: فيما يلي فقرة من حلم لشاب في العشرين من عمره، تحولت عنده أزمة المراهقة إلى عصاب وسواسي خطير: "نحن نلعب مع رفاق من عمر واحد تقريبًا. واقتربنا أنا وأختي من أبينا وثنينا قبضته انتقامًا منه. واستاء الحاضرون من الاعتداء على رجل مسن وأبدوا لنا استنكارهم. وخطر لي أن أطلب الصفح. ولا أعرف ما نال أختي من عقاب، وربما كان صفعتين من أبي. أما أنا فجثوت على ركبتي ملتمسًا العفو. وانهال على أبي بلطمات كانت خفيفة في البداية ثم ازدادت شدة ووصلت في النهاية إلى لكمات قاسية في وجهي وقد آلمتني كأنني تلقيتها حقيقة وبعد ذلك اعترتني نوبة من الغضب".

كان مفتاح فهم الحلم هو الإثم الجنسي المتقاسم مع الأخت، والذي كان الوالدان قد عاقبا عليه في الماضي، فظلت السلطة الأبوية هي العائق دون الحرية الجنسية. وبذلك يكون الحلم قد حقق رغبة

في الانتقام من الأب والتمرد عليه، وهي رغبة تثير شعورًا بالإثم شديد الوطأة، وحاجة إلى القصاص: "أنا الذي طلبت العقاب، فقد كان ذلك أمرًا سيئًا للغاية. ولم يرد أبي أن يلطمني، وقد تضاعف ذلك لأني طلبت المزيد". والعقاب الموقع يطلق بدوره نوبة من الغضب موجهة ضد الأب. وبالإضافة إلى هذا فإن تحريم الاتصال الجنسي بالمحارم وتحريم كل نشاط جنسي، يلجئ المريض إلى السلبية الجنسية المثلية بالنسبة إلى الأب. وبهذا المعنى، لا يقتصر الحلم على الكشف عن المازوكية النفسية، بل يكشف عن المازوكية الشبقية، وهي مصدر للذة، ولكنها لذة عصابية لا يمكن تذوقها إلا بوصفها ألمًا لأنها لا يمكن قبولها من الأنا.

ومع ذلك فثمة طائفة من الأحلام التي يتعذر ردها في الظاهر إلى مبدأ تحقيق رغبة طفلية: وهي أحلام العصاب الصدمي، حيث يستعيد الحالم بلا انقطاع وبصورة جامدة - الصدمة التي تسببت في مرضه. ويرى فرويد أن هذه الأحلام تخضع لآلية التكرار، حيث يكون الغرض من التكرار هو: "أن يولد لدى الشخص حالة من القلق تسمح له بالهروب من قبضة الإثارة التي عاناها، ذلك القلق الذي أدى غيابه إلى ظهور العصاب الصدمي". فلا تتعارض وظيفة الجهاز النفسي هذه مع مبدأ اللذة، ولكنها أمعن منه بدائية؛ إذ إن نزوع الحلم إلى تحقيق رغبة لاحق على آلية التكرار في الظهور، ويعرض فينكل الفكرة عينها بصورة أيسر إلى الفهم، فالأنا البدائي

يعيد بصفة إيجابية ما سبق أن عاناه سلبية، قبل أن يصبح قادرًا على التكرار العقلي والتوقع (القلق). وحلم تكرار الصدمة نكوص إلى هذا الأسلوب البدائي للسيطرة ويؤدي إلى تفريغ متأخر، كما أنه يتيح النوم على الرغم من التوتر الداخلي.

وهناك حالات يمكن فيها إثبات المطابقة بين حلم الصدمة ورغبة مكبوتة. ومعنى هذا أن الصدمة كانت مطابقة فعلًا لهذه الرغبة، وأنها تستمد كونها صدمة من هذه المطابقة؛ لأن الرغبة لم تكن لتتحقق دون أن تصطدم بعنف مع دفاع إلى الأنا.

مثال: سيدة في الرابعة والأربعين من العمر، ترملت من جراء الحرب، كانت تعاني من الحداد السوداوي نشأت بعد أيام معدودات من موت ابنها الوحيد مقتولا في حادث سيارة. وكانت أثناء النهار تستعيد تفاصيل المأساة: رحيل ابنها، عنبر الإسعاف، ابنها في النعش. وفي الليل، لم تكن تنام، حيث يتملكها القلق من شعورها بوجود ابنها معها. فإذا نامت، أيقظها من غفوتها كابوس متكرر، كانت تشاهد فيه ابنها الميت ممدًا على مائدة في عنبر الإسعاف، وقد أحيط رأسه بالأربطة.

ومنذ الجلسات الأولى، تحسن نومها وحلت الأحلام محل الكابوس.

وفي حلم من الأحلام الأولى، كان ابنها صغيرًا وكانت تقوم بتنظيفه، فتبين لها وجود قمل في رأسه، فدهشت لذلك. وتذكرت جارًا صغيرًا كان قد وقع له هذا «الحادث». وقد مات ابنها في حادث، من جراء كسر في الجمجمة. وفي الليلة التي مات فيها، كانت قد رفضت أن تعطيه نقودًا وأنبته على تبذيره في الإنفاق، وطفقت تحاسبه على الصغيرة والكبيرة (العبارة الفرنسية « elle a cherche la petite bete بحثت عن الحشرة الصغيرة). وفي الحلم كانت تبحث عـن القمل. ولامت نفسها على ذلك، فهي نفسها "لا يدور برأسها إلا بواعث من هذا القبيل" (فهي توحد بينها وبين ابنها). وهي تكر أيضًا عاطفتها المتناقضة تجاه أخيها الذي يصغرها بثماني عشر سنة، والذي استقبلت ميلاده باستياء بالغ.

وظهرت عاطفتها المتناقضة تجاه ابنها الحبيب بوضوح أكبر في حلم ثان: «كنت أضم بين ذراعي طفلا يغطيه القماط، فيما عدا قدميه، وضقت به ذرعا، فوضعته على أريكة وأرحت رأسه على وسادة».

واستعادت ذكريات عديدة متعلقة بميلاد أخيها: كانت إحدى قريباتها، وقد رأتها في الحلم، قد أبلغتها بذلك فاستقبلت الخبر بفتور، وفي حلمها كان الأمر يبدو كما لو كان لها أخ آخر. وقبل وفاة ابنها، كان يحدث لها كثيرا أن تحلم بأطفال تضمهم بين

ذراعيها ويضايقونها. وقد حال ابنها بينها وبين الزواج ثانية أو اتخاذ خليل. وتأتي الإشارات إلى الحادث من الوسادة التي تضعها تحت رأس الطفل، ومن أن الطفل كان شبيها بالمومياء (فهي تحقق بطريقة إيجابية ما سبق لها أن عانته سلبيًا). وفي مناسبات عديدة كانت تشكو من وسواس متسلط عليها بوجود ابنها إلى جانبها، مما كان يعذبها، فكانت تبغي أن تكون في مكان آخر.

ويسمح الحلم بتقدير موقف المريضة قبل وقوع المأساة ويتعلق بعاطفة متناقضة قديمة أثارها الميلاد المتأخر لأخيها الأصغر، وما ترتب عليه من حرمان من الحب والحرية. واتخذت هذه العاطفة المتناقضة دعامة للعاطفة المتناقضة تجاه الابن الذي كان يقف حائلًا دون حريتها الجنسية. وكانت المريضة تحب ابنها حبًا جما لا يرجع إلى مجرد التركيز الليبيدي فحسب، بل تحتمه أيضًا ضرورة تعويض العداء اللاشعوري وكبته، وفي هذه الظروف، لا يقتصر معنى موت ابنها على فقدان موضوع محبتها الرئيسي، بل ينطوي أيضًا على إشباع وحشي لكراهية عميقة الكبت. ولا يقتصر معنى تكرار المأساة في الكابوس على أن الأنا قد غلب على أمره، ولا على أنه استعان بأسلوب بدائي للسيطرة بالتكرار الإيجابي، وإنما يعني أيضًا حماية المريضة من الكراهية المكبوتة المنصبة على ابنها. تلك الكراهية التي كان لا بد من التنفيس عنها لإتمام مهمة الحداد والانفصال الليبيدي.

وتزول الصعوبات التي تتضمنها هذه العبارة "الحلم تحقيق لرغبة"، وأنها رغبة ترجع إلى الطفولة، تزول هذه الصعوبات إذا ذكرنا دائمًا أن الرغبة التي يتكفل الحلم بتحقيقها هي رغبة الأنا في النوم. والحلم محاولة لخفض التوترات التي يؤدي ارتفاعها بصورة مفرطة إلى القلق والكابوس والاستيقاظ.

الفصل التاسع

9

الاضطرابات النفسية



النظرية الوظفية للاضطرابات في السلوك:

في نهاية القرن التاسع عشر، كان علم الأمراض النفسية في أوج ازدهاره. صحيح أن كثيرًا من المعلومات ظلت مجهولة آنذاك، ولكن الأطباء النفسيين كانوا قد جمعوا مقدارًا كبيرًا من المعلومات عن الصور الإكلينيكية "للأمراض النفسية" وتطورها وأسبابها. وكان التشخيص متجهًا نحو تحديد الفئات المرضية. وكان البحث عن علل الأمراض - متأثرًا في ذلك باكتشافات المنهج التشريحي الإكلينيكي - يرد نشأة المرض على الأخص إلى التكوين الوراثي والإصابات المرضية والاضطرابات الجسمية حقيقية كانت أم مفترضة. ولم يكن ينسب إلى أحداث الحياة إلا دورًا عارضًا. ولم يعدل التحليل النفسي إلا قليلًا في تصنيفات الطب النفسي (وصف فئات الأمراض). والسمة الأساسية المميزة لموقف التحليل النفسي هي محاولة إدراك المعنى الإجمالي للصورة الإكلينيكية للمرض من حيث هو يعبر عن علاقات المريض مع العالم ومع الذات، وعن

خطوة تطورية في شخصية المريض. وبعبارة أخرى، تنحصر أصالة التحليل النفسي في تقديم نظرية وظيفية عن المرض النفسي.

إن «المرض النفسي» محاولة للتوافق، ومجهود لتسوية المشاكل التي لم ينجح المريض في تسويتها بطريقة أدعى إلى الرضا. والصراع عامل مشترك بين الصحة والمرض. ولا يعتبر الصراع مرضيًا في حد ذاته. فالحياة في نظر العالم الفسيولوجي وعالم النفس جميعًا تناوب للتوازن والاختلال، وتتابع للمحاولات والأخطاء لاستعادة التوازن عند اختلاله، فإذا نجحت هذه المحاولات، وإذا اتجه هذا التوافق نحو توازن أفضل بين الكائن الحي والبيئة وتحقيق تام لإمكانيات الكائن الحي، جاز لنا أن نتكلم في هذه الحالة عن تكامل نموذجي أو إنشائي. وفي حالات أخرى، لا يتوصل الكائن الحي إلى حل الصراع، فيظل التوتر والتفكك اللذان يميزانه باقيين، أو يصوغ الكائن الحي حلولًا غير موفقة لا تخفض التوتر المؤلم إلا بزيادة التفكك، بما تستعين به من "عمليات توافق تفككية"

كالكبت وغيره من الحيل الدفاعية التي اكتشفها التحليل النفسي. وفي هاتين الحالتين الأخيرتين، لا يحل الصراع بل يظل قائمًا، ويصبح شذوذًا عند ما يغدو قاعدة. ولكن الاختلال في السلوك على الرغم من أنه يعتبر إخفاقًا ومصدر ألم لصاحبه، فإنه يكون مع ذلك نوعًا من النظام. وذلك أن الكائن الحي يتعدل بخفض أقوى التوترات وأشدها إيلامًا وأكثرها إلحاحًا وقربًا.

أما توجيه الصراع نحو هذه العمليات التوافقية التي تنطوي على التكامل أو التفكك، أي الصحة أو المرض، فلا يزال الآن غامضًا من نواحي متعددة. وقد ظل التحليل النفسي متفقًا مع التقاليد البيولوجية باعترافه بالدور الأساسي للأحوال الجسمية (الوراثة، السن والنضوج، العمليات الفسيولوجية المرضية). ولكنه أبرز أهمية الخبرات الفردية (المواقف، الأحداث، الصدمات، العوامل العائلية والاجتماعية)، أو بعبارة أخرى ما نسميه اليوم بـ"التعلم" الذي يقابله "النضوج". ومع ذلك فإن أهمية عوامل التعلم وقدرتها على التأثير ترتبط ارتباطًا وثيقًا بالنضوج: فمعنى الحدث ومدى تأثيرها يتوقفان على مرحلة التطور التي وقع فيها. وتارة تكون وطأة العوامل البيولوجية بحيث تكفي عقبات خارجية طفيفة لتعطيل التطور، وتارة أخرى يكون الأساس البيولوجي طيبًا بحيث يسمح للكائن الإنساني بالتغلب على أسوأ المواقف. وبعبارة عامة، يتوقف الأمر على عوامل كمية (اقتصادية) مثل قوة التنبيهات الخارجية والداخلية، ودرجة ارتقاء الأنا ومبلغ قوته.

ولكنه يتعذر علينا أن نكتشف منذ البداية ما يميز بين فرد ينتهي إلى المرض وآخر ينتهي إلى الصحة، إنما يتسنى ذلك بين مريض وسليم. ذلك بأن المرض يحقق وينمي إمكانيات تظل كامنة أو على الأكثر ضئيلة الشأن ضعيفة الأثر. وهكذا نشاهد أن الجنسية المثلية التي تعتبر في مجتمعنا شذوذًا ملحوظًا للتكيف الجنسي والاجتماعي، توجد دائمًا على شكل قابليات كامنة عند كافة الراشدين الأسوياء جنسيًا.

ترجع الأهمية الخاصة للأمراض العصابية أساسًا إلى حقيقتين: أن الاكتشافات الأولى للتحليل النفسي تمت بصددها، ثم ظلت أكثر الأمراض قابلية للعلاج بالتحليل النفسي. وهي "أعصبة التحويل" أي الأمراض العصابية التي ينتقل فيها الصراع العصابي اللاشعوري، على أفضل وجه، إلى العلاقة بين المريض والمحلل النفسي.

ومن الناحية الوصفية، يمكن أن نميز بين الأعراض السالبة والأعراض الموجبة. فالمريض يجد عناء قليلًا أو كثيرًا في إنجاز الأفعال التي تهدف إلى إشباع حاجات الشخصية وتحقيق إمكانياتها والتوافق مع الواقع. فهو يشكو مثلًا من الأرق، ومن العجز عن التركيز الذهني، ومن كف جنسي كالعنة أو البرود الجنسي، وهي من الأعراض السالبة. وتبدو الأعراض الموجبة منبعثة من مصدر مجهول، وتقحم نفسها على سلوك المريض ووجدانه. ومن الأمثلة عليها الانفعالات المؤلمة - كالقلق ووجدان الإثم والاكتئاب،

والأفكار الوسواسية - كالفكرة التي تستحوذ على سائق سيارة بالاصطدام بالسيارات التي يصادفها، والظواهر القهرية - كأن يشعر المريض بأنه مدفوع قسرًا إلى غسل يديه عدة مرات كل ساعة درءًا للقلق.

مثال: فتاة في الثامنة والعشرين لا تحتمل الوحدة، ولا تستطيع أن تحضر الصلاة في الكنيسة إلا بأن تظل قريبة من الباب (الخوف من الأماكن المغلقة)، ولا تستطيع أن تخرج إلا بمصاحبة أختها (الخوف من الأماكن المفتوحة). وفي الليل، يعرض لها أن تستيقظ، وأن تشعر كأن بها حرارة شديدة، وأن تحس بثورة انفعالية، ولكي تعاود النوم، تضطر إلى التجول في غرفتها وقتًا ما (القهر). وهي تضيق كثيرًا بهذه الأعراض، ويتعذر عليها فهمها.

وخلاصة القول، يمكن فهم الأعراض العصابية بوصفها تفريغًا لاإراديًا يستعاض به من الفعل السوي.

تصنيف الأمراض العصابية:

يحسن لفهم طبيعة الأعراض النفسية أن نميز بينها وبين الأعراض الناجمة عن صدمة، والأعراض الناجمة عن أحوال فعلية.

العصاب الصدمي هو الحالة المرضية المتسببة عن صدمة، أي عن تدفق بالغ القوة للمنبهات الخارجية، أو موقف حرج يتطلب حلًا عاجلًا بحيث يجد المرء نفسه عاجزًا عن السيطرة على هذه المنبهات والمواقف، وبحيث يصبح التفريغ مستحيلًا. ونجد الأمثلة

التقليدية لهذا العصاب في الأعصبة التي تعقب مواقف الغارات بالقنابل، والانفجارات والكوارث. ونشاهد مثالًا مألوفًا وجيزًا في حالة الطفل الذي يذله رفاقه ولا يأنس في نفسه القوة الكافية لقتالهم، فيعود إلى بيته في حالة من الغضب الكظيم، ولا يستطيع أن يشغل نفسه بشيء آخر، ولا يزال يلوح باللطمات يكيلها بالهجمات يشنها حتى تعود الأمور إلى نصابها. والنتائج المباشرة للصدمة هي أحاسيس بالتوتر المؤلم، ومحاولات غير موفقة للسيطرة على ما لم يمكن السيطرة عليه بعمليات توافقية سوية. ويضاف إلى هذا التدهور في السلوك، تفريغ انفعالي واضطرابات في النوم بتأثير زيادة التوتر، وأعراض تكرار الصدمة في النوم وفي حالة اليقظة، وهو تكرار وظيفته السيطرة على الصراع، وأخيرًا تظهر إذا تهيأت الظروف، أعراض نفسية تتفاوت طبيعتها تبعًا لعوامل الوراثة والخبرات السابقة.

أما فكرة العصاب الفعلي فقد اكتشفها فرويد في عهد مبكر، في الفترة نفسها التي وضع فيها الخطوط العريضة لفكرة العصاب الدفاعي (1894). ولا يتحتم الصراع بتدفق المنبهات الخارجية، بل بتأثير المنبهات الداخلية الفعلية، وتوتر الحاجات التي لا تنتهي بتفريغ مناسب. والمثال التقليدي له هو الاتصال الجنسي الذي لا ينتهي بقذف مشبع (الجماع مع القذف في الخارج). وفي خلال التحليل، يمكن أن يؤدي إطلاق الحوافز التي لا تفرغ إلى ظهور أعراض "فعلية". ويمكن التمييز بين أعراض سالبة (التعب

والقابلية للتعب، انعدام الاهتمام والسأم، ومشاعر النقص) وأعراض موجبة (حالة توتر عام، اضطرابات التوتر العضلي، التفريغ الانفعالي على صورة قلق وغضب، اضطرابات النوم، اضطرابات الوظائف الجسمية). وتبعًا لتكوين الفرد وتاريخه الشخصي، تأخذ الصورة الإكلينيكية للأعراض شكل عصاب القلق أو النور ستانيا (فرويد).

أما في المرض النفسي بالمعنى الدقيق فإن تطور الصراع يبلغ مدى بعيدًا. والصور الشائعة لهذا المرض هي الهستيريا التحولية، وهستيريا القلق، والفوبيا (المخاوف المرضية) والعصاب الوسواسي. وإذا تعارض دفاع الأنا مع تفريغ حافز غريزي يوحي بأنه خطر أو مجلبة للوم، فإن الحافز الذي يوضع جانبًا لا يقضي عليه تمامًا، بل يجد "تفريغًا بديلًا" لا لبس فيه في أخيلة أو في أحلام يقظة، مثل أحلام اليقظة الجنسية أو التي تتصف بالطموح أو بالعدوان. وفي بعض الأحيان، يشق الحافز طريقًا له للإشباع بواسطة هفوة. ولما كان التعطيل الدفاعي الذي ينطوي عليه المرض النفسي يحول دون تفريغ كاف، فإن هذا الظرف يؤدي إلى ظهور مستمر للأعراض الفعلية، وتكفي أدنى المنبهات سواء كانت خارجية أم داخلية، لوضع الفرد في حالة صدمية.

مثال: شاب مصاب بالوسواس كان يتجنب الخروج من بيته. وإذا قابل في الشارع فتاة تبدو له في ملابس قصيرة للغاية، ظل مضطربًا ساعات طوالًا. وكان الدفاع متجهًا بصورة بدائية ضد

رغباته الجنسية المحرمة القرينة بالعقاب، وبالتالي فإن كل إثارة جنسية، وإن تكن غير محرمة، تؤدي إلى تأثير صدمي.

العامل المشترك بين هذه الأنماط الثلاثة من الأعراض هو إذن عدم التناسب بين التنبيه والتفريغ، ويرجع ذلك إلى زيادة المنبهات الخارجية في عصاب الصدمة، وقطع عملية التفريغ في العصاب الفعلي، والتعطيل الدفاعي للتفريغ في المرض النفسي. ومن الناحية الإكلينيكية، يظهر الشبه المذكور في تداخل أنواع العصاب الثلاثة بعضها في بعض. وتستحق الأمراض النفسية هذا الاسم لأنها تشمل تشكيلًا نفسيًا للصراع العصابي ومحاولة للتوافق توفر الأمن والإشباع معًا بفضل الأعراض، بالرغم من نقص التفريغ ومن أن العرض - بما يحدثه من ضيق - يصبح مصدرًا ثانويًا للمصاعب.

أسباب الأمراض النفسية:

العصاب النفسي نتاج للتفاعل بين الشخصية والوسط المحيط بها.

وتقوم الشخصية بدور رئيسي. ولا يوجد عصاب نفسي بدون استعداد عصابي، أو بعبارة أدق بدون عصاب طفلي.

وعلى نقيض الرأي السائد بين العامة، يعترف التحليل النفسي بدور عامل الوراثة، ولكنه لا يتعجل في الالتجاء إليه، حيث يعتبره الحد النهائي لدراسات التحليل النفسي. فلا مراء في أن الأفراد يتأثرون تأثرًا متفاوتًا بنتائج الحرمان والتهييج الذين يتجاوزان الحد

العادي، ويبدو جهازهم العصبي السمبثاوي قابلًا للتهيج أو رقيقًا بدرجة متفاوتة، وتكون الحاجات التناسلية أو الاستجابات العدوانية متفاوتة القوة على مدى واسع. ومن ناحية أخرى، تتأثر هذه العوامل الجسمية كلها بالتغيرات التي تطرأ على التاريخ الشخصي للفرد.

ويرجع إلى التحليل النفسي - وحده - الفضل في الكشف عن الدور الحاسم للعصاب الطفلي، ونقط التثبيت المسيطرة والحيل الخاصة بالمرحلة التطورية التي حدث فيها التثبيت، وأخيرًا طبيعة البيئة التي تحيط بالطفل والدور الذي تقوم به. والواقع أن التثبيت يمكن أن يحدث نتيجة لحرمان قاس يصاحبه نمو في النشاط التخيلي، أو نتيجة لإشباع مفرط يضعف القدرة على احتمال مواقف الحرمان اللاحقة.

وضع كارل أبرهام رسمًا تخطيطيًا لنقط التثبيت المميزة للأمراض النفسية المختلفة في جدول تتوازى فيه هذه النقط مع المراحل المناظرة لها في تطور الغرائز والعلاقات مع الموضوع (1924). وفي رأي فرويد أن عقدة أوديب هي نواة العصاب. ومع ذلك فإن عقدة أوديب تكون جزءًا من التطور السوي، ولكن التطور الذي يسير قدمًا يتخطاها فلا تظهر إلا في بعض الظروف الملائمة كالحلم مثلًا. ولا تتم تصفيتها لدى المريض العصابي بسبب شدة وطأة الحوافز والانفعالات وألوان الدفاع التي تكون هذه العقدة. وفي بعض حالات الهستيريا يكون التثبيت الأوديبي هو

العامل الأساسي في توليد المرض. إلا أن التطور غير السوي لعقدة أوديب يمكن أن يكون مترتبًا بدوره على صعوبات سابقة عليه. والمأثور أن تعتبر هذه الصعوبات صعوبات نوعية يمكن أن يخلع عليها النكوص صبغة أوديبية. وترى ملاني كلاين ومدرستها أن الصراع الأوديبي ينشأ منذ المراحل الأولى للتطور.

وتكون البيئة المحيطة بمثابة علة حافرة تحدث أثرها بواسطة الحرمان. ففي بعض الأحيان يكون الأمر متعلقًا بحادث واضح قاس غير مألوف، كوفاة شخص عزيز. وفي أحيان أخرى، يتطور العصاب بصورة غير ملحوظة بصدد موقف حرمان طويل الأمد، كزواج تعس، أو بصدد حادث تافه ولكنه ينطوي على مغزى خاص.

تكوين أعراض العصاب النفسي:

إذا كان الشخص مبرءًا من أي استعداد عصابي فإنه يستطيع أن يتحمل هذا الحرمان وأن يستجيب له بسلوك متكيف، كأن يجد موضوعًا جديدًا مثلًا. أما إذا كان لديه استعداد عصابي، فإنه يستجيب بإعراض جزئي عن العالم الخارجي، وبزيادة في النشاط التخيلي، فتستقل الحاجات الغريزية عن العلاقات الواقعية، وعن رقابة الأنا. ويرتد الفرد إلى موقف أضمن، ويبعث اهتمامات أقدم عهدًا، ولا يتوقف هذا الارتداد قبل الوصول إلى نقطة التثبيت، أي إلى مرحلة كانت فيها الحوافز الليبيدية والعدوانية تجاه الموضوعات العائلية تفيض بشحنات مغرقة. ولكن النكوص لا يكون كليًا:

فيستمر الأنا إلى حد كبير في تأدية وظائفه بأسلوب سوي، وفي الاستعانة بحيله الدفاعية ضد ظهور الحوافز المكبوتة في صور مشتقة. ويؤدي إخفاق بعض الدفاعات إلى تعبئة دفاعات غيرها. ولا تستطيع الرغبات المكبوتة أن تظهر بأسلوب مباشر بل تبدو على صورة بديلة محرفة شأنها في ذلك شأن الحلم. وفي الوقت نفسه، يشمل العرض نبذًا لهذه الرغبات اللاشعورية، ويتضح هذا عندما يتضمن العرض آلامًا نفسية أو بدنية، أو عند ما يلحق بوظائف الأنا ضررًا جسيمًا (عقاب الذات). ومن ثمة يبدو العرض تسوية بين الرغبات المكبوتة ودفاع الأنا. وهذه العوامل كلها لا شعورية ولكن النشاط القبلشعوري والشعوري يستخدم بحيث يتمشى مع التسوية، شأنه في ذلك شأن ما يحدث في الحلم. ومن خير الأمثلة على هذه العملية الثانوية، ذلك المريض بالوسواس الذي يستخدم نشاطه المنطقي في تبرير انتشار خواطره وطقوسه الوسواسية. بفضل تكوين العرض، يحصل المريض العصابي على تخفيف يسير في توتره اللاشعوري ما دام قد تعذر عليه الكبت الناجح، وذلك هو الربح الأولي للعصاب. أما الربح الثانوي فهو أن يسمح لمريض بأن يمارس نفوذا معينا على بيئته، بل وبأن يفرض عليها سلطانه، ويثأر منها لنفسه. هذان الربحان يشجعان العصابي على التحالف مع العرض. وكثيرا ما ينشر لديه نوع من التشبث بالعرض، على الرغم مما يلحقه به من الأذى. وهو يقاوم كل محاولة للقضاء على العرض، ويشعر بخسارة إذا اختفى العرض.

الأمراض الذهانية (العقلية):

يطلق اصطلاح "الذهان" على الصور الخطيرة لاختلال السلوك، التي تظهر في تغيرات خطيرة في إدراك الواقع وفي السيطرة على الذات، تصل إلى حد يبرر حجز المريض بمستشفى الأمراض العقلية، وبعبارة موجزة الذهان هو "الجنون". والأمراض الذهانية "الوظيفية" هي تلك الأمراض التي لا يكون فيها للتفسيرات المستمدة من التشريح المرضي وعلم وظائف الأعضاء والكيمياء الحيوية شأن يذكر بالقياس إلى العوامل الشخصية والاجتماعية.

وقد اهتم فرويد، منذ عهد مبكر، بالأمراض الذهانية واعتبرها دفاعا يبذله الكائن الحي إزاء خيبة أمل أورثه الواقع إياها (1896) ، وتتشابه النظرية العامة للأمراض الذهانية مع نظرية العصاب، إلا أن ثمة فروقا هامة: فالتثبيت والنكوص في الذهان أعمق منهما في العصاب. وتزيد قسوة الحرمان والصدمة في الذهان بالنسبة إلى قدرة الأنا على الاحتمال. ويعرض الأنا عن الواقع ويستسلم للهي. وبدلا من أن ينصب الاهتمام الوجداني على موضوعات متوهمة، نراه ينصب على الأنا. ويوجز فرويد هذه الآراء في عبارته التي مؤداها أن الصراع في الأمراض الذهانية يدور بين الأنا والواقع، بينما ينشب في الأمراض العصابية بين الأنا والهي (1924). غير أن هذه المقابلة ليس لها إلا قيمة نسبية (كما أوضح ذلك فرويد): ففي الأمراض العصابية، لا ينعدم الصراع بين الأنا والواقع، وفي الأمراض الذهانية يمثل الواقع أيضا الموضوعات التي تميل إليها الحوافز الغريزية أي مصادر الإغراء.

قدم التحليل النفسي إضافة هامة إلى سيكولوجية "العمليات العضوية"، أي الاضطرابات النفسية التي ترجع قبل كل شيء إلى أسباب بدنية وإصابة مخية. وعندما كان فرويد يحاول التمييز بين الذهان والعصاب (1924) أورد مثالا للذهان هو "الأمنشيا" الذي وصفه ماينرت، أي الخلط الذهني الحلمي الحاد، وهو مرض ينطوي على عوامل جسيمة بلا شك. وإن اتجاه المحلل النفسي نحو تفسير السلوك الملموس، يسمح له بالسير قدما في البحث السيكولوجي بصدد الاستجابات الذهانية الناجمة عن عمليات عضوية. وقد قدم شيلدر بصفة خاصة إضافات هامة إلى سيكولوجية الشلل العام وحالات فقدان الذاكرة والأفزية (اختلال الوظائف اللغوية) وغير ذلك (1928). وفتح العلاج بالصدمات الكهربية وجراحة الأعصاب آفاقا جديدة للبحث القائم على التحليل النفسي.

وذهان الهوس الاكتئابي - الذي سبق أن أفرد له الطب النفسي مكانا في مصنفاته - يظهر أثناء الحياة في "نوبات" من الاكتئاب السوداوي والتهيج الهوسي تفصل بينها فترات من الهدوء. وأيا كانت حقيقة هذا "النوع المرضي"، والتعارض بينه وبين الفصام، وهما موضوعان يبدي كثير من الأطباء الإكلينيكيين تحفظات بشأنهما، فقد ظل كثير من المحللين النفسيين يؤمنون بأصوله "العضوية". ولكن هذا التقابل بين التفسير العضوي والتفسير النفسي نظري أكثر مما هو واقعي. فإن وجهة النظر القائمة على

المذهب العضوي أقرب إلى الإرضاء؛ إذ إن الموضوع هنا يتصل قبل كل شيء باضطرابات انفعالية، ويحق لنا أن نتساءل عما يمكن أن تؤول إليه السوداء أو الهوس دون مساهمة الجسم. ومن ناحية أخرى، فقد سمحت اكتشافات فرويد وأبراهام وغيرهما بتعمق سيكولوجية الحالات السوداوية والهوسية، وتكوين شخصية المرضى. وقوام الاستعداد المرضي لديهم هو ارتباط شعورهم بوجودهم وقيمتهم ارتباطا وثيقا بما يمنحونه، وما ينجزونه. وبعبارة أخرى نلحظ لديهم حاجتهم الماسة إلى أن يكونوا موضع العطف والتقدير. وعجز هؤلاء المرضى عن تحمل فقدان الحب واحتمال مواقف الحرمان المذلة، يدفعهم إلى العدوان بسهولة، ولكن عدوانهم يتعطل كثيرا نظرا لخوفهم من فقدان محبة الآخرين لهم، وعقدة الذنب لديهم، ويميل هذا العدوان إلى الارتداد على الذات. وتتصل هذه الاستعدادات بتثبيت في المرحلة الفمية السادية، حيث تقوم العلاقة الثنائية الاتجاه مع الموضوع على الإدماج. وتجعلهم هذه الاستعدادات شديدي الحساسية إزاء فقدان التقدير والحب، وإزاء كل ما يثير فيهم عقدة الإثم، سواء كان ذلك على شكل صدمات واضحة، أو على شكل أحداث تافهة جدا وخفية بحيث لا يمكن إلا بالبحث التحليلي النفسي التوصل إلى الكشف عن وجودها وقيمتها. مثال ذلك أن إحدى مريضاتنا بدأت نوبة من الاكتئاب في يوم عيد ميلاد المسيح لأنها لم تدع إلى وليمة الأسرة. وقد كشف كثير من المؤلفين (فرويد، أبراهام، لاجاش) بوضوح عن الدور الذي يقوم به الحداد - ولا سيما إذا

كان قاسيا - في إحداث استجابات سوداوية أو هوسية. وتفسر طبيعة الاستعداد والعوامل الحافزة ظهور السوداء بصفة خاصة في صورة مشاعر الإثم والفناء، والاستجابة بعقاب الذات، وهذيان اتهام الذات، والانتحار. ويتعقد تركيب الحالة السوداوية بتقمص المريض لموضوع المحبة المفقودة: فيكون العدوان على الذات متجها ضد الأنا "الذي أسبغ عليه الموضوع ظله". كانت مريضة سوداوية تجد في ذاتها كل العيوب التي كانت تنعاها على ابنها الذي قتل مباشرة في حادثة سيارة (لاجاش – 1938). وبذلك تمثل السوداء - من وجهة النظر الوظيفية - مجهودا يحاول به المريض السوداوي بعناء كبير أن يحل صراعات قديمة تبعثها أحداثًا جديدة العهد. أما الهوس فأساسه هذه المشاكل عينها، ولكن المريض يحاول أن يتخلص منها عن طريق "الهروب نحو الواقع". فهي سياسة "ولو" إن صح هذا التعبير. من ذلك أن إحدى مريضاتنا صاحت في نوبة هوس لاحقة على انتحار أبيها: "لقد ضقت ذرعا بهذه الوراثة!" (1937).

أما الصور الإكلينيكية للحالات الفصامية فلا تخضع تماما للتفسير السيكولوجي (ياسبرس). وتتعارض أفكار بلويلر مع نظرية كريبلن عن العته المبكر الذي يعتبر مرضا عقليا يظهر في عهد الشباب وينتهي بالعته. فيرى بلوير أن الفصام يمكن أن يظهر في كل سن وأن يشفى.

وعلى الرغم من أن الدراسات التشريحية الميكروسكوبية

للأنسجة العصبية لمرضى الفصام لم تسفر عن نتائج حاسمة، فإنه لا يمكن استبعاد فرض الإصابة المخية، إلا أن الشخصية وظروف البيئة تلعب دورًا هامًا. وقد نوه بلو يلر بدينه إلى التحليل النفسي، ولا سيما دينه إلى يونج (1911). وتكون الإضافة التي قدمها التحليل النفسي جزءًا أساسيًا من النظرية العامة للحالات الفصامية. وطبقا لافتراض أبراهام، يحدث التثبيت الرئيسي في مرحلة أقدم عهدا من مرحلة النكوص في جنون الهوس الاكتئابي، وهي المرحلة الفمية للمص، أي في مرحلة لم يكن الأنا فيها قد تمايز عن الواقع. وتنقصنا المعلومات اليقينية للبرهنة على هذا الفرض. ويفترض أن الاستعداد المرضي يقوم على تآليفات متغيرة من القابليات الجسمية والصدمات المبكرة والموانع المتعددة، ولا سيما في الاتجاه نحو الموضوعات. وثمة تثبيتات أخرى تلعب دورا ثانويا ولا سيما الصراعات الأو ديبية. والعامل الحافز هنا، شأنه في ذلك شأن ما يحدث في العصاب، هو إما زيادة في التوتر الغريزي (المراهقة)، أو إثارة عنيفة للجنسية الطفلية المكبوتة (النزعة الجنسية المثلية والنزعة الشرجية)، أو أي طرف آخر يبرر أو يعزز بواعث الدفاع الطفلية الأصل. ويحاول الفرد أن يحل التوتر عن طريق النكوص، كما يفعل العصابي، غير أن النكوص في حالة مريض الفصام يأخذ صورة الانفصال عن الواقع. فهو يعرض عن هذا الواقع من حيث هو مصدر للحرمان ومصدر للإغراء معا، أي من حيث هو يحتوي على الموضوعات التي تتجه نحوها الحوافز. ويميل الأنا إلى الإذعان التام للهي. ومن ثمة تجيء نكسة النمو، وارتداد

السلوك إلى المرحلة البدائية كما يتجلى في أخيلة تدمير العالم، وما يصيب شعور المريض بنفسه وبالعالم من تغيير عميق، وخواطر العظمة، والأنماط البدائية للفكر والكلام والأعراض الهيبفرينية وبعض الأعراض الكتاتونية. ويكون جزء آخر من الصورة الإكلينيكية بمثابة محاولة للشفاء ومجهود تبذله الحوافز للتغلب على الواقع مصدر الحرمان وللوصول إلى الإشباع (الهلوسات، والهذيان، والخصائص اللغوية والاجتماعية، وبعض الأعراض الكتاتونية).

وقد جرى المحللون النفسيون على اعتبار "الأمراض الذهانية البارانوية" حالات فصامية محصورة. ويطلق هذا الاسم على أمراض ذهانية تظهر على شكل "تطورات في الشخصية" (على حد تعبير ياسبرس) بصدد مواقف حيوية، وتبدو على وجه التحديد في "هذيان منظم مزمن"[1] كما كان يصفه القدامى، حيث تنمو خواطر هذيانية عن الاضطهاد والعظمة والإثم، وغير ذلك، دون أن تنال من العقل كثيرًا: وهي ما كان الأطباء الفرنسيون القدامى يسمونه "الجنون المتعقل"[2]. وقد ساهمت اكتشافات التحليل النفسي في تصوير هذه الأمراض بوصفها استجابات للشخصية في مجموعها، مما لاينفي وجود العوامل الجسمية التي يحتمل وجودها وإن لم تكن معروفة جيدًا. ولنذكر مثالًا على ذلك هذيان الاضطهاد. والمؤلف

(1) Delires systematises chroniques.

(2) Folies raisonnantes.

الأساسي في هذا الباب هو التعليق التحليلي النفسي الذي أورده فرويد، عام 1911، على قصة حياة قاض كتبها بقلمه وهو الرئيس شرابير. وفي هذا التعليق، يبين فرويد أن فكرة الاضطهاد تمثل دفاعًا ضد العقدة الأبوية، ولا سيما ضد المركبة الجنسية المثلية السلبية للجنسية الطفلية. فهذه الفكرة نتاج حيلة مزدوجة من النفي (أنا لا أحبه، أنا أمقته) ومن الإسقاط (أنا أمقته لأنه يضطهدني). كما يتدخل الدفاع ضد الجنسية المثلية اللاشعورية أيضًا في الهوس الشهواني (توهم المريض أنه موضع العشق من الآخرين) والغيرة. ويمكننا أن نورد برهان العكس في هذه الواقعة: أنه يمكن أثناء علاج الجنسية المثلية أن تظهر في فترات معينة غيرة لا مبرر لها (لاجاش 1949). وقد أمكن بالاستناد إلى حالات عديدة تعميم القضية التي مؤداها أن المضطهد هو الموضوع الجنسي المثلي. وتمثل الجنسية المثلية موقفًا وسطًا بين النرجسية والجنسية الغيرية، وتكون إما علامة على النكوص، أو علامة على استئناف التطور. وقد كشفت مؤلفات المحللين النفسيين الهولنديين عن وجود تثبيت في المرحلة الشرجية المبكرة، حيث يجري عن طريق الشرج إدماج الموضوع ثم تدميره بعد ذلك. وثمة صور أخرى للإدماج. وينتج عن هذا، أن المضطهد لا يقتصر على تمثيل موضوع جنسي مثلي، بل تمثل أيضًا سمة شخصية أو جزءًا من الجسم زاد الاهتمام بهما وأسقطا على شخص المضطهد. ويغلب أن تكون أجزاء الجسم هذه هي المواد البرازية والإليتان. هذا وثمة علاقة وثيقة بين الشعور بالاضطهاد والأحاسيس المعوية. وأخيرًا فإن ما يسقط من سمات

شخصية وأجزاء من الجسم على شخص خارجي، إنما يستمد من سمات الأنا الأعلى. وما أوهام الاضطهاد والوقوع تحت تأثير قوى خارجية والإثم، والأصوات، وصدى الفكر، والتعليق على الأفعال، إلا إسقاط لمواقف الملاحظة الذاتية وانتقاد الذات في المجال الاجتماعي. وغني عن البيان أن مواقف الملاحظة الذاتية وانتقاد الذات قد نشأت بفعل الأنا الأعلى. ولما كان الأنا الأعلى بوجه عام هو نتاج تقمص موضوع من الجنس المماثل، فإنا نلتقي مرة أخرى عن طريق مغاير بالفكرة التي مؤداها أن المضطهد هو موضوع جنسي مثلي.

الانحرافات:

يطلق اسم الانحرافات على طائفتين من الحالات:

أولًا- اضطرابات في السلوك الجنسي تتميز بصفة رئيسية بشذوذ الموضوع أو الهدف الجنسيين، ومن أمثلتها: الجنسية المثلية، والفتيشية. (الفتيشية فساد الشهوة. فالمريض يوقر مادة كالملابس أو الحذاء أو القفاز أو جزءًا من الجسم كالشعر)، والسادية، والمازوكية.

ثانيًا- عادات "لا يمكن مقاومتها" وأمثلتها المألوفة إدمان المخدرات وإدمان الكحول. وكانت نقطة البدء لنظرية التحليل النفسي في هذا الباب هي اكتشاف الجنسية الطفلية وتطابق الأهداف الجنسية لدى المنحرفين مع

نظائرها عند الأطفال (فرويد 1905). وظهرت العلاقة بين الانحراف والعرض العصابي أولًا على الوجه التالي: فالمنحرف شخص ينكص عقب حرمان إلى سلوك جنسي طفلي، كما أن العرض العصابي النفسي استجابة للحرمان، ولكنه استجابة تختلف عن النكوص الخالص، أو هي على الأصح دفاع ضد النكوص وبذلك فإن العصاب هو "الصورة السلبية للانحراف". إلا أن هذا التفسير كان ناقصًا، فالجنسية الانحرافية ليست مهوشة ولا متعددة الصور شأن الجنسية الطفلية، ولا تقتصر على اللذة التمهيدية، إلا أن السلوك السائد الذي يؤدي إلى القذف التناسلي هو سلوك منحرف بدلًا من أن يكون السلوك التناسلي الرشيد. وفي الانحرافات النموذجية، يكون الحائل دون سيطرة السلوك التناسلي السوي هو الصراع الأوديبي وشدة وقع قلق الخصاء ومشاعر الإثم. وإذا كان السلوك المنحرف يتيح الحصول على القذف التناسلي، فإنما يرجع السبب في ذلك إلى أن هذا السلوك وهو يحقق الإشباع، يقيم في الوقت نفسه دفاعًا ضد قلق الخصاء وبعض العناصر المكبوتة للجنسية الطفلية. ويرجع تثبيت الخبرات الجنسية للطفولة إلى أن الخبرات المذكورة تجمع بين الإشباع والأمن.

ويمكن توضيح ما تقدم بمثال لحالة جنسية مثلية. كان المريض، وهو رجل في الثلاثين، يصطفي عشاقه من الشبان الذين يقف منهم موقف الفاعل (مص القضيب، ابتلاع المنى، أخيلة قطع القضيب). وكان "النفور من النساء" والعجز الجنسي متصلين بقلق خصاء شديد. وكان قلق الخصاء متضمنًا أيضًا في تثبيت سلبي عميق الكبت تجاه الأب. وبذلك لم يكن السلوك الجنسي المثلي "الإيجابي المزعوم" ينطوي على الإشباع فحسب، بل كان كذلك دفاعًا ضد الجنسية المثلية السلبية ونفيًا للخصاء، ويتم ذلك بصفة خاصة بفضل تقمص الشريك المذكر تقمصًا يتحقق سحريًا بالإدماج الفمي.

وبذلك نلتقي مرة أخرى في الانحرافات الجنسية بعمليات التسوية بين الإشباع والدفاع، التي تميز الصراع العصابي. كما نشاهد في «الأمراض العصابية الاندفاعية» (مثل حالات إدمان المخدرات والإدمان الكحولي) أن الإشباع غير الجنسي أو الإشباع المقنع للنزعات العدوانية أو الجنسية، يشترك مع الدفاع ضد خطر لا شعوري: تهديد الحاجة النرجسية إلى المحبة والتأييد والأمن. ويرجع الميل إلى الاعتماد المفرط على الآخرين إلى تثبيت فمي يجمع بين الإشباع والأمن، مما يقرب هؤلاء المرضى من المرضى السوداويين. والواقع أن إدمان المخدرات والانغماس في تعاطي المسكرات لا يعدو أن يكون دفاعًا ضد الاكتئاب في معظم الأحيان.

وقد شاهدنا مثلًا سكيرًا مدمنًا كان يضحي بكل شي (الزوجة

والأولاد والمركز والثروة والسمعة) في سبيل حاجته الملحة إلى الشرب. وكان فريسة للقلق، ويتعذب من الخجل الشديد. وانقطع الإدمان الكحولي عند ما أصيب بسل رئوي، حيث أعاده العلاج بالمصحة إلى الموقف السلبي التقبلي المميز لعهد الطفولة الأولي.

عصاب الخلق:

يطلق هذا الاسم على الأمراض العصابية التي تحل فيها سمات مرضية للشخصية والسلوك، أي "اضطرابات في الخلق"، محل الأعراض النفسية. وتتميز هذه الاختلالات قبل كل شيء بجمود الاستجابات إلى المنبهات الخارجية والداخلية، ويترتب على ذلك نقص في مرونة الشخصية وغناها.

تقوم السمة السلوكية المرضية، شأن العرض النفسي، على الدفاع ضد حافز غريزي، وترجع في أصلها إلى عصاب طفلي. فإذا لم يتسن للحافز المنذر بالخطر أن يشبع أو أن يصعد أو أن يدمج في عرض نفسي، يصبح الحل الوحيد هو مغالبة هذا الحافز، ويمكن أن تأخذ هذه المغالبة صورة الكف (تعطيل الحافز)، أو "تكوينات عكسية". ويتعقد السلوك بتأثير تعبيرات محرفة إن قليلًا أو كثيرًا عن الحافز المكبوت أو بدفاع ثانوي ضد الدفاع الأولي. مثال ذلك أن البرود الوجداني والمبالغة في التعقل إنما هو بمثابة دفاع ضد الخوف من الانفعالات. ويمكن لرجل أن يدفع قلق الخصاء باعتناق نزعات أنثوية سلبية، ثم يعارض هذا الدفاع باصطناع سلوك يتسم بالمبالغة في الرجولة. ويغلب أن تكون المبالغة في

الشفقة مرتبطة بالنزعات السادية الأصلية، ومن الأمثلة النموذجية تلك الشخصيات المتنسكة التي تنفق حياتها في الصراع ضد الحاجات الغريزية. ويخول لنا تكوين هذه السمات السلوكية المرضية وديناميتها أن نعتبرها عصابية. والفروق الرئيسية التي تفصلها عن العرض النفسي هي دوامها وأن المريض لا يشعر عادة بأنها شيء غير مألوف له، ولهذا كان تحليلها صعبًا لا سبيل إليه إلا إذا زادت حدة الصراع الكامن واستطاع المريض أن يقف منها موقف الملاحظة.

وقد أخذت أهمية عصاب الخلق تزداد وضوحًا في العشرين سنة الأخيرة. كما أن تطور التحليل النفسي في حد ذاته وضع في المستوى الأول تحليل الأنا وحيل الدفاع. ومن ناحية أخرى، تطورت الأمراض العصابية نفسها: فالأمراض العصابية ذات الأعراض المنفصلة تمامًا عن الشخصية، كالأعراض الهستيرية مثلًا، إنما هي من خصائص حقبة كان فيها الموقف التربوي إزاء الغرائز محددًا بوضوح. وعندما أصبحت التربية الخلقية أقل تزمتًا، أصبحت الشخصية العصابية أكثر تقلبًا، وصارت الأعراض أكثر تميعًا واختلاطًا مع الشخصية كلها. وبوجه عام، تختلف الأمراض العصابية باختلاف القيم والنظم التربوية المعمول بها في المجتمعات المختلفة. ويقول فنيكل عام 1945 ما نصه "يتميز افتقار المجتمع المعاصر إلى الاستقرار بصراعات بين المثل الأعلى للاستقلال الفردي الذي يرجع إلى ازدهار الرأسمالية، وبين الحاجة النكوصية

إلى الاعتماد السلبي على الآخرين التي ترجع إلى ضعف الفرد فيما يتعلق بتوزيع الأموال والأمن، وكذلك إلى النظم التربوية التي تصدر عن ضرورة السلطة الاجتماعية". ويقع الصراع بين الحاجة إلى الاعتماد على الآخرين والحاجة إلى الاستقلال عنهم في صميم الكثير من حالات عصاب الخلق.

السلوك الاجرامي:

لعب التحليل النفسي دورًا حاسمًا في تقدم البحث العلمي في الجريمة بأن وجهه إلى دراسة شخصية المجرم وسلوكه (هيلي وده جريف). ونشطت البحوث بصفة خاصة ابتداء من العقد الثالث من هذا القرن، وانصبت على الراشدين (رايك وألسكندر وشتاوب – ألسكندر وهيلي)، كما انصبت على الأطفال والمراهقين "أيخهورن، تسوليجر، شميدبرج، فريدلاندر، بولبي".

كانت صعوبة البحوث ترجع إلى الظروف الاجتماعية، ولا سيما النفسية، أي إلى موقف المجرم من فعله الذي لا يشعر المجرم بأنه مؤلم أو أثيم. ولا شك أن المجرم يكون مريضًا في 20 ٪ من الحالات. والجريمة العصابية، وهي إحدى الجرائم المرضية، هي فعل غير متكيف مع الواقع ويستهدف خفض توتر داخلي. وقد قدم فرويد عام 1915 تفسيرًا أمكن التحقق من صحته في عدد من الحالات، وبمقتضاه تفسر الجريمة بوجود شعور بالإثم سابق على الجريمة. وثمة علل عصابية أخرى. ولكن يغلب أن يكون المجرمون، إذا نظرنا إليهم نظرة عامة، مشابهين للسواد الأعظم من

الناس. إلا أنهم يذعنون لبواعث يحول الخوف واحترام الآخرين عادة دون الانصياع إليها، فالمشكلة إذن موضوعها "الانتقال إلى الفعل" (أي تحقيق ما يمتنع الآخرون عنه). ويمكن أن تتضح هذه المشكلة إذا اعتبرنا أن كل فعل يتضمن سلسلة متدرجة من القيم. فالمجرم يتصرف وفقًا لنظام من القيم الفردية، أو لنظام من القيم في جماعة بعينها تكون عادة مجتمعًا خاصًا محددًا بالقياس إلى المجتمع العام الشامل. ولا ريب في أن الانتهاء إلى جماعة يعتمد بصفة أساسية على التقمص. ويتم طبع الشخصية بطابع اجتماعي بنموها وفقًا للمعايير الاجتماعية وذلك بواسطة تقمصها. ويرجع الاستعداد للسلوك الإجرامي إلى شذوذ في عملية التطبيع الاجتماعي، وفي عمليات التقمص وفي تكوين الأنا الأعلى. وهنا أيضًا نجد أن تفاضل الاستعدادات التكوينية، أيًا كان دور الوراثة، لا يتم بعملية تعلم. ويتم ذلك على نحو من الأنحاء الآتية: ففي بعض الحالات، يتم التقمص بالنسبة إلى شخصية أو جماعة تملك نظامًا من القيم يختلف عن نظام المجتمع الأوسع، ومثال ذلك: الطفل الذي يربيه والدان من اللصوص. أو يتم التقمص باقتباس الجوانب السيئة لأحد أفراد البيئة، أو بالنسبة إلى شخصية مريضة. ويبدو أن أعم الحالات وأوضحها هي تلك الحالة التي لا تساعد فيها ظروف التربية في بواكير الطفولة (التغيرات الكثيرة، انعدام الحب، عدم تناسق التربية) على إنماء علاقات وجدانية ثابتة مع الوسط المحيط ولا سيما الأم. وينشأ عن ذلك حل غير موفق للصراع الأوديبي، وهذا يتضمن شذوذًا أو نقصًا في التقمص أو في تكوين الأنا الأعلى،

وتمردًا على السلطات، كما ينشأ عن ذلك أن تصطبغ العلاقات مع الآخرين بسمة سادية مازوكية. وغالبًا ما تكفي دراسة قصص حياة صغار الجانحين دراسة دقيقة بعناية لتوضيح بعض أسباب السلوك الإجرامي.

وقد قام بولبي ببحث ممتع قارن فيه بين جماعة مكونة من أربعة وأربعين من الفتيان اللصوص العائدين، وجماعة مكافئة مكونة من أربعة وأربعين طفلًا غير متكيف. وقد بينت الدراسة الإحصائية للوقائع الإكلينيكية والشخصية ارتفاع نسبة الأفراد الذين يتصفون بشخصية تتميز بعدم الاكتراث بين اللصوص العائدين، وكثرة حدوث اضطرابات خطيرة في علاقة الطفل بأمه، عند أولئك الشبان عديمي الاكتراث، كأن يحدث ذلك مثلًا نتيجة للإقامة فترات طويلة بالمستشفى. وبدلًا من أن يتعلم الطفل كيف يستعيض عن الإشباع المباشر لحاجاته إلى أن يكون محبوبًا من أمه وموضع إعجابها، نراه يتخبط بلا مخرج في شبكة من خيبة الأمل والغضب العاصف وقلق الإثم واللامبالاة، وتكون اللامبالاة دفاعًا ضد خيبة الأمل وضد العدوان جميعًا. وتمثل السرقة التي تنصب غالبًا على سرقة الطعام أو النقود لشراء الطعام عوضًا مكافئًا لحب الأم. ويتبين لنا من مؤلفات أخرى، ولا سيما بحوث رينه شبتس، أن هذه الظروف التربوية السيئة في الطفولة المبكرة يترتب عليها نتائج ضارة ليس في التقمص فحسب، بل بالنسبة إلى التطور الكلي للكائن الحي.

والواقع أن دراسة شخصية المجرمين تكشف في أغلب

الحالات عن نواحي نقص في الأنا، كالخطأ في الحكم، والعجز عن الاستفادة من الخبرة وعن تقدير النتائج. وبوجه عام، يمكن تلخيص النزعة السائدة في بحوث التحليل النفسي في هذا الباب بالقول بأن الاستعداد للأفعال الإجرامية يعتمد بصفة رئيسية على تشبث بالموقف الطفلي لمركزية الأنا (تقدير الأشياء من وجهة النظر الذاتية البحتة). ويرتبط هذا التشبث بشذوذ في التقمص وبالتالي في التطبيع الاجتماعي.

الفصل

العاشر

10

الاضطرابات الجسمية

ملاحظات تاريخية:

إذا كان هذا الفصل مخصصًا للاضطرابات الجسمية، فإن السبب في هذا لا يقتصر على ما أحرزه التحليل النفسي من توسع في السنين الأخيرة بتطور (الطب النفسي الجسمي) أي "ذلك الجزء من الطب الذي يهدف إلى البحث في الحيل الانفعالية والحيل الفسيولوجية جميعا، المتضمنة في العمليات المرضية للفرد، وذلك بتركيز الاهتمام على تأثير هذين العاملين أحدهما على الآخر وعلى الفرد ينظر إليه باعتباره كلا" (أوزلر). ومهما كانت الانتقادات التي يثيرها الطب النفسي الجسمي بل تثيرها تسميته (فنيكل)، فإن هذه الدراسة تصلح بصفة خاصة لإدراك الروابط بين التحليل النفسي وعلم الأحياء والطب.

ومن الأخطاء الشائعة عند العامة تصور هذه الدراسة بوصفها متجهة على نحو تعسفي إلى تفسيرات نفسية خالصة. يرجع هذا الخطأ إلى سببين رئيسيين. وينحصر السبب الأول في التصور

الذهني للوقائع والفروض وصياغتها، تلك الصياغة التي عانت من التفرقة بين الجسمي والنفسي. ويعتقد الكثيرون أن تقديم تفسير ليس تشريحيا فسيولوجيا خالصا معناه اختيار علية نفسية. والسبب الثاني للخطأ هو أن استخدام الفروض والطرق الفنية للتحليل النفسي بعث على القيام بمحاولات - وبالتالي أدى إلى أخطاء - في اتجاهات شتى ولا سيما في اتجاه "العلية النفسية". ولكن هذا الاتجاه ليس الاتجاه الأوحد، إذ نجد أحيانا ما يدعو إلى أن يعاب على فرويد نفسه إسرافه في الأخذ بالمذهب العضوي. والأقرب إلى الصحة أن يتصور تطور التحليل النفسي بوصفه عملية ديالكتيكية (عملية تخصيب متبادل) بين "النظرية البيولوجية" و«النظرة الثقافية» أي بين النضوج والتعلم.

وبوجه عام تشترك الانتقادات الموجهة ضد التحليل النفسي في أنها تتجه نحو صورة منه جامدة تخطيطية متبلورة. والواقع أن التحليل النفسي، شأنه في ذلك شأن العلوم البيولوجية والنفسية الأخرى، لاقى عناء في التحرر من ثنائية المادي والمعنوي. ومع ذلك

فهو يعتبر، أكثر من أي علم آخر، - منذ عهوده الأولى - تقدما في سبيل النظر إلى الكائن الحي في مجموعه بإزاء مواقف معينة. وفي هذه النظرة، يصبح التمييز بين الاصطلاحين "الكائن الحي" و"الشخصية" تميزا لفظيا فحسب: فليس ثمة كائن حي لا يسلك بإزاء مواقف، وليس ثمة شخصية بلا جسم. وتؤدي محاولات التوافق التي يبذلها الكائن الحي إلى تنشيط حيل "داخلية التأثير" هي التنظيمات الفسيولوجية، وحيل "خارجية التأثير" هي العمليات السلوكية. وكلتا الطائفتين من الاستجابات متصلتان ومتكاملتان وتكونان كلا واحدا.

فعند الحيوان المرغم على الهجوم أو الهرب، يحدث إفراز للأدرينالين، وإطلاق لسراح الجليكوجين، وارتفاع في ضغط الدم، وسرعة في النبض، وقصر في زمن تخثر الدم وغير ذلك. والتغيرات الفيزيائية الكيميائية في الكائن الحي هي التي تدفع الحيوان إلى فعل الشرب والأكل والجماع والنوم. هذا التمييز (بين حيل داخلية التأثير وحيل خارجية التأثير) الذي لم يتعد ما توصل إليه مؤلفه (كانون) يقدم مفاهيم واصطلاحات مفيدة للبحث في السلوك والأمراض على ضوء النظر إلى الكائن الحي في مجموعه. وقد سمح لنا تقدم معارفنا بالتمييز بين طوائف عديدة من الوقائع.

التحول الهستيري:

يكاد نطاق الهستيريا التحولية يتفق مع نطاق الهستيريا التقليدية، وتنحصر أوضح أعراض هذا العصاب في مظاهر جسمية

وظيفية كالشلل والعمى الهستيريين، إلا أن إزمانها قد يؤدي أحيانا إلى إصابات تشريحية لا يمكن شفاؤها. وتمثل الهستيريا التحولية، شأنها في ذلك شأن كل الأمراض العصابية، توفيقا بين نزعات جنسية أو عدوانية ودفاع الأنا وأن ما يميز الهستيريا هو أن الصراع يظهر في أعراض جسمية تكون بمثابة تحقيق بديل عن رغبات وأخيلة لاشعورية. مثال ذلك أن القيء يمكن أن يكون معناه "أنا حبلى". التشنج قد يفيد "اعتراني القذف". والعمى الهستيري قد يعني "لا أريد أن أرى"، واستحالة المشي أو صعوبته معناه "أريد أن أذهب إلى أماكن محرمة، ولكي لا أفعل هذا فلن أذهب إلى أي مكان"، وهكذا. فالعرض يؤدي إلى تخفيف للتوتر وإن يكن ناقصا. وبصفة خاصة، ما دام العرض يحمل معنى فإنه يمكن أن يفسر مثلما يفسر الحلم، أي كما لو كان حلمًا يتخذ من المرونة الجسمية وسيلة للإفصاح. وقد عمد بعض المؤلفين إلى توسيع مجال التحول الهستيري إلى مدى غير محدود. ويرى ألكسندر أن يقصره على الوظائف الحركية والحسية. ويعتقد فنيكل باستحالة مثل هذا التحديد القاطع. وثمة حقيقة متفق عليها، هي أن ظواهر التحول تكون محاولة للاستجابة وتنطوي على معنى.

الأمراض العصابية الحشوية:

ألح ألكسندر بصفة خاصة على الاختلاف بين الأعراض التحولية، و"الأعصبة الحشوية". ففي العصاب الحشوي، لا تكون الأعراض البدنية بديلة عن انفعالات مكبوتة كما هو الحال في

التحول، بل هي أحداث فسيولوجية مما يصاحب هذه الانفعالات عادة، وتعتبر من هذه الناحية إعدادا للكائن الحى للفعل، ولكنه إعداد جسمي فحسب، أي توافق "داخلى التأثير" على حد تعبير كانون. ولكي يكون التكيف وبالتالي تخفيف التوتر كاملين، فلا بد من توافق "خارجي التأثير"، أي فعل متكيف مع الواقع أو على الأقل تعبير مناسب عن الانفعال. وعند ما تزمن حالة من هذا القبيل، تصبح مرضية ومصدرا للمرض. وهنا تكون الأعراض الجسمية خالية من كل مغزى نفسي ورمزي، وكل ما هنالك أنها أثر بدني مباشر أو غير مباشر للصراع. وهكذا لا يكون العصاب الحشوي مثل ارتفاع ضغط الدم محاولة للتعبير عن انفعال أو لحل صراع. وإنما هو (ارتفاع ضغط الدم) مصاحب فسيولوجي ثابت أو نوبي لحالات انفعالية مستعادة. وقد شاهدنا مثلا امرأة لم تكن تسمح لها عمليات الكف وموقف زوجها منها بالتعبير عن انتقاداتها واستجاباتها العدائية. وكان قد ظهر - إلى جانب أعراض أخرى- ارتفاع في ضغط الدم زال بعد أسابيع من التحليل النفسي.

وأشهر الأمثلة على الإطلاق هو مثال «قرحة المعدة» الذي درسه بصفة خاصة ألكسندر ومدرسة شيكاغو: وينحصر «عصاب المعدة » في اضطرابات مزمنة في حركات المعدة وإفرازاتها. ولا يعتبر إفصاحا عن انفعال أو تصفية له بل هو المصاحب الفسيولوجي له. وهو يصيب مرضى يحتاجون إلى أن يحبهم الآخرون وأن يعنوا بهم، ويعانون من (الجوع إلى الحب)، وتلك حاجات لا يملكون أن

يشبعوها بسبب مشاعر الإثم أو الخزي، وبالتالي تظل هذه الحاجات محرومة من الإشباع. ولما كانت هذه الحاجة وثيقة الصلة بالرغبة في التغذية، وهي أول موقف يشعر فيه الطفل بإرضاء حاجته إلى حب أمه له وعنايتها به، فإن الحاجة المزمنة إلى الحب يمكن أن تنبه النشاط الحركي والإفرازى للمعدة. فالأعراض المعدية هي الأحداث الفسيولوجية للانفعال، وليست بديلا عن الانفعال. وتختفي الأعراض إذا أشبعت الحاجة إلى الحب والعناية بطريقة ما، كأن يحصل المريض على هذا الإشباع أثناء وجوده في مصحة. وهكذا تنتج أمراض وظيفية عديدة من تفاعل الحيل النفسية والفسيولوجية في كافة ميادين علم الأمراض. بل إن تطور الأمراض المعدية يمكن أن يتعزز بالانفعال وانقباض الشرايين.

وقد أدى الاستغلال المبالغ فيه للفروض "النفسية الجسمية" إلى كثير من المغالاة وأثار عددا من التحفظات (م. بونابرت 1949)وقد حاول فينكل أن يحدد الموقف. ويرى هذا المؤلف أنه يجب التمييز في المجال الفسيح الواقع بين الظواهر التحولية والاضطرابات الجسمية التي تخضع لتفسير بدني مرضي خالص، بين: أولا: – مكافئات الانفعالات وتتكون من المرافق الفسيولوجي لانفعال مضمونه النفسي مكبوت، ومثالها المكافئات الجسمية للقلق (فرويد) وبعض أنواع عصاب القلب. ثانيًا: – الاضطرابات الكيميائية للشخص المحروم من الإشباع، وهي "الأعصبة الفعلية" التي قال بها فرويد والتي تظهر في ضعف

وظائف الأنا بسبب الطاقة المستهلكة في الصراع، كما تظهر في أعرض إيجابية، مثل الأحاسيس المؤلمة بالتوتر، والميل غير المفهوم إلى تفريغات وجدانية غير ملائمة (القلق والغضب). ثالثًا- النتائج الجسمية لمواقف وجدانية لا شعورية، مثل قرحة المعدة. رابعًا: توافيق من هذه الحيل المختلفة والتحول ويبدو أن هذه التوافيق هي القاعدة العامة المسيطرة على توليد "أعصبة الأعضاء الحشوية".

الأمراض الجسمية:

يحسن تفاديا للبس وسوء الفهم أن نقول إن وجود العمليات المرضية على أساس عضوي بحت أمر لا مراء فيه. فلا يكفي أن يتساوق خلل جسمي مع وقائع نفسية لكي يوصف الخلل بأنه "عصاب حشوي". وفي مقابل ذلك، يحسن التنبيه إلى أنه إذا لم يكن كل مرض جسمى مردودة إلى باعث نفسي، فإنه يقوم بدور الباعث: فكل ما يحدث في الكائن الحي يؤثر على الصراعات الفردية، إلا أن ذلك لا يخول لنا أن نستخلص أية نتيجة تتعلق بأصل المرض. ويمكن لحلم عن الحمل أن يسبق الاكتشاف الطبي لورم. ويحدث اختلال وظائف الجسم آثاره مباشرة على الحياة الانفعالية، وعلى النشاط، وعلى طبيعة الصراعات الغريزية وشدتها، ويتم ذلك بصفة خاصة بواسطة الترابط العصبي ولكن المرض أيضا يعتبر موقفا يحياه المريض، ويستتبع عادة نكوصا نرجسيا متفاوتا في الأهمية. وينطوي على مغزى لا شعورى، مثل الخصاء أو تخلى القدر عن الفرد. وقد يسعى المريض، بقدر متفاوت من

الوعي، إلى مضاعفة مرضه والاحتماء به. ويمكن أن يوقظ المرض عصابا كانت له بذور في الطفولة، أو أن يثير ما يسميه فرنزي "باتو نفروز" (العصاب الناجم عن مرض جسمي). وفي حالات أخرى، فإن ظهور المرض الجسمي، حيث يشبع حاجة مازوكية إلى معاناة العذاب، يؤدي إلى جعل العصاب غير ذي موضوع (وهذا ما يسميه فنيكل بالشفاء بالمرض).

المشاكل الحالية:

إن دور العوامل النفسية في الاضطرابات الجسمية يضع مشاكل متعددة ذات جوانب اجتماعية وعلمية وعلاجية. ومن الناحية الاجتماعية، يلاحظ أن تقدم الطب، في الوقاية من الأمراض المعدية وشفائها مثلا، قد عدل توزيع أعمار السكان وأمراضهم. فأصبحت بعض الحالات المرضية الوظيفية أو المزمنة، مثل ارتفاع ضغط الدم وبوجه عام الحالات المرضية التي توصف بأنها « نفسية جسمية » - أصبحت "محنا اجتماعية". ولكن الطبيب العام لا يملك الأدوات الضرورية لمعالجة أكثر الاضطرابات شيوعا، وفي ذلك تقول فلورنس دنبار: "لا طبيب ما لم يكن عالما بالنفس". ولذلك فإن العالم محتاج إلى أطباء نفسيين. وفي الولايات المتحدة، أجريت بحوث على نطاق واسع جمعت بين الدراسات النفسية والفسيولوجية وبين البحث الإكلينيكي والاختبارات النفسية.

ويتعذر معرفة كيف كان يمكن الربط بين نتائج هذه البحوث بدون التحليل النفسي؛ لأن هذا العلم ينصب بالذات على جماع

العناصر المكونة للشخصية وديناميةِ السلوك. وقد حاول البعض إقامة روابط بين علم الأمراض وعلم الأنماط البيولوجية غير أن النتائج المؤكدة لا تعدو وجود ارتباط بين بعض الأمراض الوظيفية وبعض التركيبات الانفعالية. ومن الناحية العلاجية، توجد حالات مرضية، ذات أصل نفسي، ولكنها تتحول إلى جسمية إلى حد يقتضي علاجا عضويا عاجلا. أما التحليل النفسي، فيأخذ أولا صورة تحليل استقصائي الغرض منه تحديد وزن العوامل النفسية اللاشعورية والتوصل إلى تشخيص دينامي. أما الأعراض التي لا تتضمن معنى سيكولوجيا فلا تخضع للتحليل، إذ هي تختفي بعد الانتهاء من تحليل الموقف المولد لها، أي القلق أو العوائق المقاومة للتفريغ. وقد بحث ألكسندر ومدرسة شيكاغو بمناسبة الاضطرابات الجسمية التي ترجع إلى أصل عصابي عن طرق للعلاج النفسي القصير، وأوصوا بها. ولكن هذه الطرق لا يمكن تطبيقها إلا في الأعصبة الصدمية والصراعات الخارجية الحادة. وتثبت الخبرة التحليلية النفسية أن الاضطرابات "النفسية الجسمية" الشائعة الوقوع في كل عصاب وكل علاج بالتحليل النفسي، تقوم في أغلب الأحيان على تغيرات عميقة في الشخصية، وتقتضي بالتالي علاجا دقيقا طويل الأمد.

الفصل الحادي عشر

11

العلاج بالتحليل النفسي

مبادئ عامة:

يعتبر شرح العلاج بالتحليل النفسي أمرا دقيقا لأسباب متعددة. والبيان النظري لا يمكن أن يغني عن وصف ما يجرى من الوقائع أثناء العلاج، وهو أقل غناء عن خبرة شخصية بالتحليل النفسي. إن تباين المواقف والتطورات العلاجية يمتنع على التعميم. وفن العلاج لا يقتصر على صورة واحدة، أو بالأحرى تختفي وحدتها النسبية وراء تشعب التفسير والصياغة. وثمة اختلافات بين ما يحدث فعلا وما يكتب، وهناك كثير من الأشياء التي لا يمكن تعلمها إلا بالتلقين المباشر. وقد أعان تفهم طبيعة العلاج بالتحليل النفسي على صياغة نظريات أصبحت بدورها ضرورية لفهم العلاج. وأخيرا فإن لفن التحليل قصة، وفي كتابات فرويد نفسه ما يشهد بأن هذا الفن قد تطور.

ومع ذلك فقد أورد فرويد كافة العناصر الأساسية لهذا الفن، ويمكن أن تجدها دون تعسف من جانبنا في كتابه "دراسات في الهستيريا" (1895). كل ما هنالك أن القيمة النسبية لهذه العناصر قد تغيرت. وقد أدى تقدم الصياغة النظرية للفن العلاجي وإنماء بعض المفاهيم النظرية إلى تعديلات في الأسلوب وفيما ينبغي الاهتمام به. وكان المفهوم السائد في بادئ الأمر هو اللاشعور الدينامي، وكان التحليل بصفة خاصة تحليلًا للمحتويات اللاشعورية (أنا فرويد). وبتطور البحث في تركيب الجهاز النفسي، تركز الاهتمام في تحليل الأنا وحيل الدفاع، وانصب الاهتمام على ضرورة البدء بمعالجة المقاومة قبل المضمون اللاشعوري. وفي السنين العشرين الأخيرة، اتجه الاهتمام النظري نحو العلاقات مع الموضوعات الخارجية والداخلية، وانصبت العناية الفنية على المواصلة بين المريض والمحلل النفسي. وبعض المحللين يبنون نظرية العلاج على وظائف اللغة والكلام (لاكان).

ولا شك أن هذا الفن لا يزال قابلًا للتطور. ومع اعترافنا بهذا، فإن ثمة مجموعة من الأفكار والمعلومات المجمع عليها. فقد وصل الفن إلى درجة من النضوج والثبات تسمح بوصف بعض سماته العامة.

المقابلات الأولى:

إن العلاج بالتحليل النفسي هو علاج طبي وينبغي أن يسبق تطبيقه فحص إكلينيكى يجري بمعرفة طبيب مختص. ويعرف الطبيب النفسي أن الأعصبة النفسية وضروب الكف والاضطرابات النفسية الجنسية أو السمتية (اضطرابات الشخصية وسماتها) أسهل علاجًا بواسطة التحليل النفسي من الجناح أو الذهان. ويمكن لطبيب محلل نفسي مجرب أن يقدر تقديرًا أقرب إلى الدقة احتمالات النجاح لعلاج حالة معينة بالتحليل النفسي، وذلك بناء على ما يسفر عنه تقدير إمكانيات المريض النفسية ومدى ما لديه من قصور، وظروف حياته، وما يتوقع له في مستقبل أيامه، وقدرته على المشاركة في العلاج، فضلًا عما يسفر عنه التشخيص الإكلينيكي.

والدراسة المتعمقة للحالات الفردية هي ما يميز المناهج الإكلينيكية، ويمكن من هذه الناحية اعتبار التحليل النفسي "منهجًا إكلينيكيًا من الدرجة القصوى". ومع ذلك فإن الهدف منذ البداية يختلف في التحليل عنه في الفحص الطبي النفسي المعتاد. فالمحلل النفسي، نتيجة لضرورة توجيه الانتباه منذ البداية إلى تفاعلات

المريض والمحلل النفسي، يجري فحصه بمزيد من الاحتياط، وخاصة في أسلوبه في الاستفسار.

وإذا ظهر بوضوح أن الحالة يمكن علاجها بالتحليل النفسي، فإنه يحسن عدم إطالة المقابلات الأولى. وإذا كان هناك شك في ذلك، فلا يحسن البدء بالعلاج إلا على سبيل التجربة. وإذا كان التشخيص ينطوي على كثير من الشك، وكان مستقبل الحالة لا يبشر بخير، وذلك مثلًا إذا وجد ما يبعث على الشك في أن الحالة قد تكون ذهانًا (كالفصام مثلًا) أو كانت الأعراض تتعلق بعملية عضوية (كالصرع مثلًا) فإنه ينبغي الاستعانة بكافة الوسائل التي يتيحها الفحص الإكلينيكي والمعملي، حتى لو اقتضى الأمر إرسال المريض فيما بعد إلى محلل نفسي آخر (نظرًا لما تثيره هذه الفحوص من انفعالات لدى المريض قد تعوق العلاج بالتحليل النفسي بمعرفة المحلل الذي أشار بها). وبعبارة أخرى، لا يباشر المحلل علاج أية حالة ما لم يحصل على كافة المعلومات أو على الأقل على معلومات كافية.

ويوصي بعض المؤلفين بدراسة أكثر تعمقًا لحالة المريض وشخصيته، وتاريخ حياته، بحيث يتسنى الحصول في أقرب وقت ممكن على نظرة شاملة للحالة، ووضع خطة مرسومة للعلاج، بغية تقصير مدة العلاج باستخدام نظرية العصاب (ألكسندر). على أن هذه "الاستراتيجية العلاجية" إذا كانت مغرية فهي لا تخلو من المخاطرة: فإن نواة العصاب ليست عقدة أوديب بوجه عام، بل هل

هذه الصورة أو تلك من عقدة أوديب. ولا يتعلم المريض كيف يسيطر على صراعاته اللاشعورية إلا بطريقة تدريجية بمواجهته لها في أشكالها المتجددة دومًا. وفي الوضع الحالي لمعارفنا، فإن السير المتئد البطيء في العلاج بالتحليل النفسي يبدو لا مناص منه.

على الرغم من الاحتياطات التي ينبغي اتخاذها، فإن من حق المريض أن يزوده المحلل النفسي بقدر مناسب من التفسير لحالته وأهداف العلاج ووسائله. وثمة مسألة تثار دائمًا هي مدة العلاج. فالمحلل النفسي لا يملك إلا أن يكون متحفظًا: فإن تركيبًا نفسيًا ظل ثابتًا طوال سنين أو عشرات من السنين لا يحتمل أن يختفي بسرعة.

ويمكن تقدير سنتين للعلاج كتقدير تقريبي. وحبذا لو طرأ تحسن قبل الحديث في الشفاء ونهاية العلاج. ويحذر ويحظر المريض من خطر إدخال تغييرات أساسية في حياته قبل إنهاء العلاج أو تقدمه إلى درجة كافية. ذلك بأنه في بادئ الأمر، لا يكون المريض في وضع يسمح له بإجراء هذه التغييرات، وفي أثناء العلاج قد لا يغيره التحليل إلا بصفة مؤقتة. ثم إن اللجوء إلى الفعل الاندفاعي في الحياة الواقعية، والأمل في "قطع العقدة بالسيف"، يعتبر مقاومة ضد حل الصراع اللاشعوري. وإن الصراع الحاد والحاجة العاجلة الملحة إلى قرار حاسم ليسا من شأن التحليل، فينبغي تأجيل أحد الأمرين: إما العلاج أو القرار الحاسم. وأخيرًا يتم الاتفاق منذ هذه

المقابلات الأولى على التنظيمات المتعلقة بعدد الجلسات وأيامها والأتعاب وفترات الانقطاع المتوقعة للعلاج (السفر والإجازات).

الشروط الخارجية للعلاج:

في العهود الأولى للتحليل النفسي، درج العرف على أن تكون الجلسات يومية. أما الآن، فإنه يفضل ألا تقل الجلسات عن أربع أو خمس أسبوعيًا، على أن يستمر ذلك أطول مدة ممكنة. ويعتبر المحللون الباريسيون أن الحد الأدنى للجلسات ثلاث أسبوعيًا. على أن زيادة عدد الجلسات من شأنه أن يذلل حل الصعوبات ويحث على تقدم العلاج. وواضح أيضًا أنه كلما زاد معدل التقاء المحلل بمريضه أمكن أن يتابعه عن كثب. ويتراوح زمن الجلسة بين خمس وأربعين وخمس وخمسين دقيقة. ولا يمكن إنقاص عدد الجلسات أو مدتها نقصًا كبيرًا دون أن يغير ذلك من طبيعة العلاج بالتحليل النفسي. ويستلقي المريض على أريكة، ويجلس المحلل وراءه. وهذا الوضع يعفي المريض من كل مجهود يبذل في الجلوس، ويعينه على الكلام دون أن يضطر إلى مواجهة المحلل ودون أن يعرف شيئًا عن استجاباته، ويغني المحلل عن بذل أي مجهود للسيطرة على حركاته وإيماءاته، وبذلك يوفر له مزيدًا من الحرية للإنصات والملاحظة والتفسير. وتعتبر هذه الأوضاع سمات أساسية للعلاج النموذجي، وإن كانت بعض المواقف العلاجية تقتضي بعض التعديلات، مثل الجلوس وجهًا لوجه.

يطلق اسم القاعدة الأساسية أو قاعدة التداعي الطليق على التنبيه على المريض بأن يقول "كل ما يجول بذهنه". وأن يعبر بالألفاظ عما يفكر فيه وما يشعر به دون أن يتعمد انتخاب شيء أو حذف شيء، حتى إذا كان ما يخطر على باله يبدو له مستهجنًا أو سخيفًا أو تافهًا أو عديم الصلة بالموضوع. والواقع أنه لا يمكن لأي شخص أن يتكلم دون أن يختار موضوع حديثه أو يحذف عناصر منه. ولا توجد مستدعيات أفكار طليقة بالمعنى الحرفي. فإن مستدعيات الأفكار تحتمها أسباب معينة، ولكونها حتمية فهي تكشف عن أسباب هذا الحتم. ولا تهدف القاعدة الأساسية إلا إلى القضاء على الانتخاب الإداري الشعوري لنوع الخواطر وترتيبها، وذلك بغية تحبيذ التعبير اللاإداري. وهكذا تظهر دفاعات الأنا وبواعثه اللاشعورية التي تتدخل في التعبير اللفظي عن إمكانيات المريض كافة. وتعتبر فترات الصمت والإيماءات والإشارات والأوضاع لغة أخرى تكمل الكلام أو تحل محله. ويسمح تفسير المقاومات وصياغتها للمريض بالقضاء تدريجيا على التدخلات الارتباطية. وإن تعلم القاعدة الأساسية لهو تعلم الحرية في التعبير عن الذات وفي الاتصال مع الغير.

إن دور المحلل النفسي هو الملاحظة، والإصغاء، والفهم، والقدرة على الانتظار والصمت، وإيراد التفسير المناسب في اللحظة المناسبة. وقد أوجز فرويد هذا الدور في عبارات مشهورة. وهو يحذر من الانتباه المرهف ويوصي "بانتباه حائم"، يعين على فهم

أكثر تقبلًا، وينسجم مع حرية التداعي المطلوبة من المريض. ويوصي فرويد المحلل النفسي بأن يكون بمثابة مرآة لا تعكس إلا ما يعرض عليها. ولا يكشف المحلل النفسي شيئًا عن ذاته وحياته وآرائه. ومن شأن التحليل الذاتي أن يسمح للمحلل بالسيطرة على تدخل استجاباته الشخصية والانفعالية (مضاد التحويل). ولا يتفق نصح المريض وتوجيهه مع التلقائية المطلوبة منه، ولا يمكن أن يؤديا إلا إلى اعتماد المريض على المحلل أو إثارة معارضته. ولكن، إذا كان دور المحلل النفسي لا ينطوي على فرض سلطانه، فإن هذا ليس معناه أنه يطلق الحبل للمريض على غاربه. فالعلاج يجب أن يجرى - كلما أمكن ذلك - في حالة من الامتناع عن الإشباع، وهذا يعني أن الطاقة الضرورية للعلاج ينبغي ألا تستهلك في إشباعات بديلة، سواء أكان ذلك داخل العلاج أو خارجه. وهكذا قد يقوم المحلل النفسي بأن يحرم أو ينصح بالإقلاع عن أفعال مرضية أو سوية تعمل بوصفها دفاعات عصابية، على ألا يتم ذلك بوجه عام قبل السماح لها بالتعبير عن ذاتها في المجال التحليلي النفسي. وبذلك يساهم تنظيم الملابسات في العلاج بالتحليل النفسي، مع الدور الفني للمحلل في إضعاف الروابط الاجتماعية العادية ورقابة الأنا، بحيث أمكن تشبيه الحالة التحليلية بحالة التنويم المغنطيسي. وقد اتجه الاهتمام في السنوات الأخيرة إلى الجوانب اللاواقعية والطفلية للمجال التحليلي، وتعتبر ألوان الحرمان السالفة الذكر (الامتناع عن الإشباع وسائر أوضاع العلاج) شروطًا لتطور العلاج. وينبغي ألا ننسى أن المريض يجد في العلاج أيضًا حرية وأمنًا وفهمًا لم يألفها

قط، وأن المحلل النفسي - على الرغم من عدم رؤيته ومن صمته - يكون حاضرًا فيه حضورًا لا عهد له به.

يقوم كل علاج نفسي على علاقة المعالج بالمريض. وهذه العلاقة تستبدل بالعصاب الإكلينيكي عصابًا علاجيًا هو عصاب التحويل. وإن ما يميز العلاج بالتحليل النفسي لهو ضبط عصاب التحويل وتفسيره ومداواته.

ويعرف التحويل التحليلي عادة بأنه تكرار لمواقف انفعالية لاشعورية تجاه المحلل تتسم بأنها ودية أو عدائية أو ودية عدائية معًا، وهي مواقف كان المريض قد أنشأها في طفولته بإزاء والديه وأفراد بيئته. ويوضح هذا التعريف جانبًا أساسيًا للتحويل: هو أن المريض يعود بالفعل ويحيا هذه المواقف بدلًا من أن يتذكرها. ولكن هذه العودة في العلاقة العلاجية لا تبين كل ما ينطوي عليه التحويل. فالتحويل هو بالدقة تحقيق فعلي، في المجال التحليلي، لمشكلة لا شعورية تمتد جذورها في الطفولة.

ولنعد إلى العصاب الإكلينيكي. ينكص المرِيض، عقب حرمان عاناه في الواقع، إلى نقطة تثبيت توافق أهم المشاكل في طفولته. وأعراض العصاب هي توفيق بين قوى دفاع الأنا، وطموح النزعات المكبوتة نحو التفريغ. ومع ذلك فإن هذا التوفيق ليس مرضيًا بل هو مؤلم، وينشد المريض - شعوريًا - الشفاء.

ها هو ذا المريض في المجال التحليل النفسي، وقد أتيح له أن

يعبر بحرية عن كافة خلجاته. وتعارض دفاعات الأنا في أن يفطن المريض إلى صراعه اللاشعوري، وأن يستطيع صياغته والإفضاء به. فهو يحيا هذا الصراع ويخرجه إلى حيز الفعل وفقًا لوسائل التعبير التي يسمح له بها الموقف، في حدود التحليل، أي على شكل مكافآت رمزية. مثال ذلك أن ابنة أب مستبد صارم تنعي على المحلل أنه لا يسمح لها بأدنى حرية، وأنه يضغط عليها. وابن رجل صموت لا يعبأ بأولاده، يضيق بصمت المحلل ويحاول إثارة اهتمامه وتدخله الفعال. وهكذا فإن عصاب التحويل، إذا كان يعبر عن فشل في التذكر، فإنه يدفع الصراع اللاشعوري إلى الواقع الفعلي للموقف التحليلي النفسي. ودور التفسير هو الارتفاع بآلية التكرار إلى مستوى الفكر والتذكر والإفضاء.

ويرجع ظهور التحويل إلى التفاعل بين شخصية المريض وفن التحليل النفسي. وينحصر الاستعداد للتحويل بصفة رئيسية في أن الأنا عند المريض يبعث - كما أسلفنا – الصراع الطفلي الذي كان نواة العصاب. ولكن الجو التحليلي مبهم، فهو يشجع ويثبط. والخلجات المكبوتة يعترف بها ولكنها لا تشبع. وتدفع ألوان الحرمان الناشئة عن قاعدة الامتناع عن الإشباع - تدفع بالمريض نحو مشاكل تزداد صلتها بالماضي، وأشكال من عصاب التحويل تمعن تدريجيًا في النكوص.

ولعصاب التحويل نتائج سلبية ونتائج إيجابية. فعندما يقترب المحلل النفسي من المناطق التي تختفي فيها الخلجات المكبوتة، فإن

القوى الدفاعية التي أدت إلى الكبت تهب مناهضة لمجهوداته وتظهر في التحويل الدفاعي. ويكشف التفسير عن هذه المقاومة في صورها المتغيرة حيث تتكرر بعناد (النضال التحليلي المتواصل). ويظهر الصراع اللاشعوري تدريجيًا في صور يمكن تمييزها بسهولة متزايدة. وتتأكد النتائج الإيجابية للتحويل مثلما تتأكد عودة استئناف ما سبق كبته مما كان لا يكاد يلحظ. وهنا يتيسر فصل هذه الإمكانيات المتجمدة من الماضي واستثمارها في الموضوعات الجديدة التى تتيحها فرص الحاضر والمستقبل.

وهذا هو السبب في أن تحليل التحويل لا يكون مرحلة خاصة من العلاج كما يقال أحيانًا، بل ينبغي أن يبدأ - كلما استطعنا إلى ذلك سبيلًا - منذ بداية العلاج ويستمر إلى نهايته. وإذا كان بوسع المحلل النفسي أن يتوصل إلى اكتشاف الصراعات المولدة للعصاب وفضها فإنما يكون ذلك بفضل التحويل: "إنه هو الميدان الذي ينبغي أن يحرز فيه النصر النهائي الذي يتبلور في الشفاء الدائم من العصاب. ولا مراء في أن السيطرة على مظاهر التحويل تثير أعظم صعوبات يواجهها المحلل النفسي. ولكن يجب ألا ننسى أن هذه المظاهر وحدها هي التي تقدم خدمة لا تقدر من حيث إنها تتيح لانفعالات الحب الدفينة والمنسية أن تتحقق وأن تظهر. ففي نهاية الأمر، لا يمكن أن نقضي حقيقة على شخص غيابيًا أو في صورة تمثله". (فرويد 1912). ويعتبر هذا النص الذي اقتبسناه من فرويد أحد النصوص التي تعبر في أوضح صورة عن أهمية التحويل في

التحليل النفسي. ولا يزال المحللون النفسيون المعاصرون أكثر تمسكًا بهذا الموقف، إذ إنهم وهم يوسعون مفهوم التحويل يدمجون فيه صراحة الانفعالات العدوانية والعادات الدفاعية للأنا.

إن اتساع المشاهدات وتعقدها يجعل من الصعب الحديث بصورة عامة عن النتائج العلاجية. فالعلاج بالتحليل النفسي لا يخرج عن كونه تطبيقًا لفن قياسي موحد على صور إكلينيكية محددة تحديدًا واضحًا. وتتباين المواقف العلاجية بتأثير عوامل متعددة مثل صورة المرض، والاختلافات الفنية، وشخصيتي المحلل النفسي والمريض وتفاعلهما، والظروف الخارجية المواتية وغير المواتية، ومزايا الشفاء ومساوئه.

وهذا يؤدي بنا إلى مشكلة تصور التحليل النفسي للصحة النفسية ومشكلة معايير انتهاء التحليل. ويمكن القول بوجه عام إن خمس الحالات التي تعالج بالتحليل النفسي يمكن اعتبارها من الناحية الفنية أنها بلغت الغاية (الشفاء الصحيح). وليس اختفاء الأعراض أمرًا حاسمًا، إذ يمكن للمريض أن "يحتمي بالصحة" فرارًا من التحليل أو إرضاء للمحلل النفسي، أي بسبب بواعث لا شعورية تعطل الشفاء الحقيقي. ولا يمكن أن يعتد باختفاء الأعراض ما لم يكن مصحوبًا بتغيرات في تركيب الشخصية. ويعني هذا بعبارة تحليلية نفسية أن الشعور قد حل محل اللاشعور أو بعبارة أفضل أن "الأنا قد احتل مواقع الهي" (فرويد)، وأن الأنا قد تحرر من قبضة الهي والأنا الأعلى ومن إجبار التكرار، وأن مبدأ الواقع قد

حل محل مبدأ اللذة. ويتم عن ذلك علامات نفسية نذكر منها أهمها: أولًا: التخلص من قلق الحرمان، والقدرة على مواجهة توترات مرتفعة والصمود أمامها وخفضها بصورة مرضية. ثانيًا: القضاء على ألوان التعطيل، وقدرة الفرد على تحقيق إمكانياته: كالسواء الجنسي وانطلاق العدوانية الإنشائية، والوظائف الوجدانية والتخيلية. ثالثًا: توافق الآمال المرجوة مع إمكانيات الذات ومع الواقع. رابعًا: القدرة على السلوك مع التنبؤ بنتائجه البعيدة، والعمل على تحقيق خطة للحياة. خامسًا: سهولة العلاقات مع الآخرين. سادسًا: العدول عن الاتجاهات التزمتية أو التدميرية المبالغ فيها، والتوفيق بين القوى المحافظة والقوى الإبداعية. ولا شك أنه قلما يتحقق منهاج كهذا بحذافيره وينبغي أن يحذر المحلل النفسي هو والمريض أوهام الكمال والقدرة المطلقة للتحليل. ومن ثمة فليس من السهل تعيين الوقت الذي يكون فيه العلاج قد أدى إلى النتائج المرجوة منه في الحدود المعقولة، بحيث لا ينتهي العلاج قبل الأوان أو في وقت متأخر.

وعلى الرغم من الصعوبات التي نوهنا عنها فإن ثمة اتفاقا ملحوظًا بين الإحصائيات المستقلة إلى حد أتاح لروبرت نايت أن يجمع بينها (1941). ففي الأعصبة النفسية وألوان التعطيل والاضطرابات النفسية الجنسية، والاضطرابات الخلقية، والاختلالات الجسمية الناجمة عن صراع نفسي، تكون النسب المئوية للشفاء أو للتحسن الكبير مساوية تقريبًا للنسب التي يحصل

عليها العلاج في فروع الطب الأخرى. ويعتبر التطور السيء للحالة أمرًا استثنائيًا. وعند أصحاب الميول الانتحارية، يكون خطر الموت انتحارًا منعدمًا تقريبًا أثناء فترات العلاج، ولا يقتضي الأمر معهم اتخاذ احتياطات خاصة إلا أثناء فترات انقطاع العلاج.

ولنا أن نتساءل: هل يعتبر الشفاء الحادث بفضل تحليل تام شفاء دائمًا؟ ونجيب على هذا التساؤل بالإيجاب من حيث المبدأ، والواقع يؤيد هذا التوقع تأييدًا كبيرًا. ومع ذلك فقد أبدى فرويد بعض التحفظات (1937): فإنه يبقى دائمًا في الإمكان أن بعض الصراعات اللاشعورية لم تبعث بعثًا كافيًا، وذلك إما بسبب ظروف حياة المريض، أو بسبب بعض الظروف الخاصة بالموقف العلاجي. وفي هذه الحالة، يمكن حدوث نكسة لا ترجع إلى محن عظمى بقدر ما ترجع إلى ظروف خاصة تصلح لبعث العصاب الطفلي.

عوامل الشفاء:

ترجع صعوبة نظرية النتائج العلاجية إلى أن العلاج عملية طويلة معقدة، وإلى تدخل عوامل كثيرة بعضها عوامل خارجية عن العلاج، وإلى أن الحيل نفسها يمكن أن تكون مولدة للمرض تارة ومحدثة للسواء تارة أخرى، وإلى أنه ليس من السهل تمييز العوامل التحليلية بمعنى الكلمة من بين هذه العوامل كلها. وثمة وهمان متقابلان ينبغي تجنبهما. الوهم الأول هو تصور العلاج بوصفه تحليلًا سيكولوجيًا عقليًا خالصًا، بل هو خبرة حية وجولة تدور بين المريض والمحلل، ولا يوجد تحليل نفسي حقيقي بدون أن يتأيد

تطور الصراعات الدفاعية وفضها بتعديلات في أسلوب حياة المريض وأنماطه السلوكية. والوهم الثاني هو تصور التحليل بوصفه تفريغًا للانفعالات، على حين أن تصريف الانفعالات لا يؤدي إلا إلى نتائج عابرة سطحية. والشيء الذي يعتد به هو تعاقب المريض بين حياة عشوائية حيث يقتصر الأنا على أن يعيش ويحس ويفعل، وحياة تقوم على التدبر والروية، حيث يفكر الأنا ويتذكر ويحكم. وينحصر دور التفسير في أنه يتيح تطورًا للمشاكل، ويضمن تكامل الحلول بالرجوع إلى الصراعات والدفاعات نفسها كلما اقتضى الأمر ذلك. ويلعب حضور المحلل النفسي، وحلوله محل الأنا الأعلى القاسي عند المريض، وتقمص المريض للمحلل النفسي من حيث هو ذات مستقلة، كل هذه العوامل تلعب دورًا رئيسيًا بحيث يمكن اعتبار التعلم التدريجي لحرية التعبير وإقامة اتصال مناسب مع الآخرين، عوامل أساسية للعلاج ومعايير لتطوره.

الفصل

الثاني عشر

12

الصور المختلفة

للعلاج بالتحليل النفسي

مرونة أم جمود؟

من بين الانتقادات التي توجه ضد التحليل النفسي، يتردد كثيرًا انتقاده لجموده. وهو نقد يحلو ترديده لبعض المرضى الذين يحاولون بهذا أن يخرجوا المحلل النفسي عن حرصه على التزام القواعد الثابتة وتحفظه، مما يفرضه عليه فن التحليل والواقع أن فرويد نفسه وهو يضع بعض "القواعد" قد اعتبر دائمًا أن تطبيقها ينبغي أن يتلاءم مع تباين المواقف العلاجية، وذلك مثلًا بتقدير مبلغ ما يمنع عن المريض (قاعدة الامتناع عن الإشباع) ومبلغ ما يمنح إلى المريض (قاعدة الحد الأدنى). ويظل المحلل النفسي محللًا نفسيًا ما دام يمتنع عن التدخل بأية طريقة عدا تفسير المقاومات والتحويل، وتوضيح جزء من المغزى اللاشعوري للمواد في الوقت المناسب. ويتيح اختيار هذه التفسيرات وتوقيتها وصياغتها مجالًا كبيرًا للمرونة الفنية للطبيب. ومع ذلك فقد صيغت صور مختلفة

للعلاج بالتحليل النفسي تستخدم بصفة رئيسية في حالات ثلاث، وذلك بقصد أن تتمشى هذه الصور مع حاجات معينة، وهذه الحالات هي: الاضطرابات النفسية عند الأطفال، والأمراض الذهانية ولا سيما الأمراض الفصامية، والجناح.

التحليل النفسي للأطفال:

لا يتيسر للطفل أن يلتزم بمقتضيات العلاج النموذجي، أي التعبير اللفظي الحر وهو منطرح على أريكة دون أن يرى المحلل النفسي، ويتجه المحلل النفسي للأطفال، دون أن يقلع عن استخدام التعبير اللفظي، إلى الاستعانة بأساليب أخرى للتعبير، كالرسم، وتكوين التماثيل، واللعب. وليس من شأن الاختلاف في أساليب التعبير أن يحدث تغييرًا أساسيًا في طبيعة العلاج. ومع ذلك فهل يمكن أن يستند هذا العلاج، بناء على أسباب أعمق، إلى مبادئ مغايرة للمبادئ التي يقوم عليها تحليل الكبار؟ وقد تركزت على

هذا الموضوع - منذ عام 1920 - الخلافات التي تطور خلالها التحليل النفسي للأطفال. وقد دافعت ميلاني كلاين، منذ هذا العهد، عن رأيها في أن معايير المنهج التحليلي النفسي الذي وضعه فرويد، ولا سيما استخدام التحويل والمقاومة، تظل قائمة برمتها في الفن التحليلي للعب. وعلى النقيض، ترى أنا فرويد (1926) أن المشكلة العلاجية مختلفة: فإن الموضوعات البدائية لصراعات الطفل لا تزال موجودة في بيئته (لا يزال الطفل محاطًا بأهله)، ولم تندمج بعد في شخصيته بتأثير التكوين النهائي للأنا الأعلى، وبالتالي، لا يستطيع الطفل أن ينمي عصابًا تحويليًا كما يفعل الراشد بالضبط. والطفل لا يجيء إلى المحلل من تلقاء ذاته بوازع من رغبته في الشفاء، بل يبعث به والده. ثم إن المحلل مضطر إلى أن يظل على اتصال وثيق بأهل الطفل، وإلا لما حصل إلا على مواد من الأحلام وأحلام اليقظة. لهذه الأسباب كلها، ينبغي على المحلل النفسي ألا يلتزم موقف الحيدة التامة (كما يفعل مع الراشدين). وبالإضافة إلى دوره التحليلي، ينبغي عليه أن يقوم بدور المربي. ومن الناحية الفنية، يجرى العلاج على مرحلتين: ففي المرحلة الأولى، ينحصر دوره في القضاء على التحويل السلبي، وتهيئة الظروف المناسبة لإنماء التحويل الإيجابي. وفي المرحلة الثانية، يجرى التحليل النفسي بمعنى الكلمة. أما ملاني كلاين، فيبدو لها أن المبادئ التي تقضي بمرحلة إعدادية وبتأثير تربوي، والقضاء على التحويل السلبي وإنشاء تحويل إيجابي، تبدو لها هذه المبادئ مما يحول دون تكوين موقف

تحليلي نفسي حقيقي. ومن رأيها أن العمل التحليلي الصحيح ينحصر في تحليل التحويل السلبي، مما يعزز التحويل الإيجابي تعزيزًا يؤدي بدوره إلى تعزيز التحويل السلبي. ويرتبط هذا الاختلاف في تصور تحليل الأطفال باختلاف في تصور الطفل: فترى ميلاني كلاين أن الطفل ينشئ منذ ولادته علاقات بموضوعات تدخل في تكوينه النفسي في وقت مبكر جدًا ففي ختام السنة الأولى تتطور عقدة أوديب ويبدأ الأنا الأعلى في التكوين. وبذلك تكون موضوعات الحب الراهنة عند مريض حدث صورًا لموضوعات سابقة. ومن ثمة يكون عصاب التحويل ممكنًا ويغدو التحليل بحيث لا يختلف فيه دور المحلل في مبادئه عن دوره في تحليل الكبار.. وقد عادت أنا فرويد فاقتربت من هذه النظرات، مع تمسكها بأنه إذا حدث تحويل في تحليل الأطفال، فإنه لا يوجد عصاب تحويلي بالمعنى الدقيق. ومع ذلك، فإنها توافق على أن المحلل يستطيع الآن أن يستغنى عن القيام بدور تربوي؛ نظرًا لانتشار المعلومات النفسية والتربوية، وتوافق على أن تحليل المقاومات الأولية يسمح بتقصير المرحلة الأولى للعلاج بل وبالاستغناء عنها أحيانا (1946). ولا يعني هذا التقارب الفني الانصراف عن الخلافات الرئيسية فيما يتعلق بتصور النمو النفسي في الطفولة المبكرة.

التحليل النفسي للأمراض الذهانية:

تثير الأمراض الذهانية، ولا سيما الفصامية، صعوبات أخرى. والرأي المأثور عن فرويد أن الأمراض الذهانية أمراض نرجسية أي تؤدي إلى مواقف علاجية لا يحدث فيها التحويل، أو يكون التحويل سلبيًا أو سلبيًا إيجابيًا معًا، بحيث يصبح العلاج بالتحليل النفسي مستحيلًا. على أن الواقع هو أن تقدم المعارف قد بين أن النكوص النرجسي لا يكـــون تامًا، وأن الأنا وعـــلاقاته مع الواقع لا تمحى تمامًا. وعلى هذه البقايا، ينبغي أن يستند المحلل النفسي. ويكون تحويل الصراعات الطفلية ممكنًا ولكنه مزعزع. ويستجيب المريض للحرمان بالانسحاب من الواقع وبالتالي من التحويل. وتختلف أساليب حل هذه الصعوبات، ولكن كافة الإخصائيين يجمعون على استحالة تطبيق الطرق الفنية للعلاج النموذجي مباشرة.

ويوصي بعضهم بالعلاج على مرحلتين: مرحلة أولى تسبق التحليل الصحيح، وفيها يمكن أن يلجأ المعالج إلى إجراءات لا تنتمي إلى التحليل مباشرة، والهدف من هذه المرحلة تأسيس الاتصال بالواقع والمحافظة عليه على أساس من التحويل الإيجابي، وإنماء الشعور بالمرض والرغبة في الشفاء. وعندما يصبح الفصامي أقرب شبهًا إلى العصابي، يمكن مباشرة المرحلة الثانية، التحليلية

بالمعنى الدقيق، مع الانتباه دائمًا إلى نزوع المريض إلى الدفاع عن نفسه ضد الحرمان بالانسحاب من الواقع والنكوص النرجسي.

واقترحت وسائل فنية أخرى. مثال ذلك: "التحليل المباشر" الذي ابتدعه روزن، والتحقيق الرمزي الذي نادت به سيشهاي، وقد نالا نجاحًا أو توصلا إلى نتائج هامة. وفي رأينا (المؤلف): أن البحث العلاجي يجب أن يكون اقتصاديًا، فلا يبتعد عن التحليل كثيرًا. ويقوم تقسيم العلاج إلى مرحلتين على نوع من المقارنة مع طريقة بالية في التحليل النفسي للأطفال. ويمكن البدء مباشرة بتحليل نفسي على أن يعهد إلى شخص آخر بوظيفتي الإشراف والتوجيه إذا اقتضى الأمر ذلك. فليست الصعوبة هي انعدام التحويل، بل هي شدة وطأة نتائج التحويل التي يمكن أن تكبل المريض بأغلال من المعارضة والبكم، أو أن تغرقه في خضم جارف من الانفعالات والقلق والأخيلة والهذيان والأفعال الاندفاعية.

لذلك فإن الإجراءات الواجب اتخاذها هي تجنب إحداث تحويل لا يمكن السيطرة عليه بوسائل التحليل النفسي. وهذا يقتضي تنظيمًا مختلفًا لملابسات التحليل فيحسن الجلوس (وجهًا لوجه)، ومباشرة مختلفة للتفسير (من حيث المحتوى والصياغة والزمن). ويمكن التوصية بإجراء نفس هذه التعديلات في العلاج النموذجي عند علاج الحالات العصابية الخطيرة، أو في حالة عدم

تمشي المريض مع العلاج، إذا ثبت أن ذلك لا سبيل إلى التغلب عليه في نطاق العلاج النموذجي.

التحليل النفسي للمجرمين:

تثير شخصيات المجرمين صعوبات ذات طابع خاص ضد العلاج بالتحليل النفسي. وهي أولًا صعوبات خارجية متصلة بموقفهم إذا كانوا مسجونين أو متعقبين أو محكومًا عليهم. وأخطر من هذه صعوبات داخلية متصلة بشخصية المجرم: ضعف الأنا مع السمات المتعددة من عدم النضوج ومركزية الأنا، وشذوذ الأنا الأعلى الذي يغلب أن يكون بدائيًا وساديًا، وكون العلاقات مع الآخرين تتكون غالبًا على أسلوب من العنف الواقع على الذات أو الموقع على الغير وعدم الإخلاص، وانعدام الشعور بالمرض وبإرادة الشفاء، والنفور من "مواجهة النفس لنفسها" وانعدام الاستقرار، كل هذه السمات وكثير غيرها تضعف من قابلية المجرمين لعلاج بالتحليل النفسي في شكله التقليدي. وعلى الرغم من هذه الصعوبات، فقد بذلت محاولات كافية تسمح بتكوين فكرة عن التعديلات الواجب إدخالها في الفن التقليدي. ولخص كورت آيسلر، متابعًا في ذلك أوجوست آيخهورن، هذه التعديلات في إدخال مرحلة قبل – تحليلية تسبق التحليل بالمعنى الصحيح لإقامة علاقة إيجابية (1950). وفي أثناء هذه المرحلة، ينبغي أن ينصرف المحلل عن الحيدة التامة على حد قول أنا فرويد (بصدد تحليل الأطفال). فينبغي عليه مثلًا أن يقوم بدور كائن خير قدير على كل

شيء. ويبدو فعلًا أن الجانح يكون قد مر غالبًا أثناء طفولته بخبرة مفجعة، في موقف كان ينتظر فيه العون والحماية من شخص كان يؤمن بقدرته على كل شيء. وفي عهد لاحق على هذا، يتذبذب بين مشاعر القدرة على كل شيء ومشاعر النقص. فعندما استشعر أنه تحت رحمة وسط معاد يهدده بتدمير عاجل، هرب من الذعر باقتراف سلوك عدواني. وفي أثناء التحليل، يؤدي به عدم تكرار الخبرة الصادمة إلى الإيمان بعطف المحلل وقدرته على كل شيء. وبعبارة أخرى، يصبح قادرًا على أن ينقل إلى المحلل جزءًا من "قدرته هو على كل شيء"، وهو ما لم يستطع قط أن يفعله النسبة إلى والديه أو إلى السلطات. ويضيف آيسلر أن المحلل ينبغي أن يكون قديرًا على لفت اهتمام الجانح، فينبغي أن يمنحه إشباعًا في الميدان الواقعي يؤمن بصدقه، كلما عرضت مناسبة، مثل إعطاء نقود إلى الناس. ونضيف (المؤلف) أن سيطرته وتمالكه لأعصابه لا بد أن يثبطا ويحرما الرغبات السادية المازوكية للمريض، بحرمانه من كل إشباع من قبيل العنف سواء وقع على الذات أو على الغير، في الصور المتعددة التي يمكن أن يبدو فيها هذا العنف. والنتيجة المتوقعة من هذه المرحلة الأولى بفضل التحويل الإيجابي هي إضعاف اللجوء إلى الجناح وإحلال القلق محل العدوان. وفي العادة، يحول المريض، الذي أصبح قابلًا لتحليل نفسي تقليدي، إلى محلل نفسي آخر، نظرًا لصعوبة تحليله على يد شخص تلقى منه في الماضي كثيرًا من الإشباع.

النتائج:

من الجلي أن المرحلة السابقة على التحليل التي يوصي بها آيسلر في علاج الجانحين، تستعين بطرق تتعدى نطاق التحليل مع أنها تستوحي مبادئه.

وفي معالجة الأطفال، توصلنا إلى تحديد الشروط لفن تحليلي خالص. وفي الأمراض الذهانية، إلى جانب المواقف العلاجية المستعصية على التحليل النفسي أو على كل علاج نفسي، توجد حالات يتطور فيها التحليل النفسي بصورة أفضل مما يحدث في بعض الأمراض العصابية، شريطة ألا تحدث الظروف الفنية موقفًا علاجيًا يتجاوز إمكانيات التحليل. وهذا يقودنا إلى الحديث عن صور مختلفة عن العلاج النموذجي، نخص بالذكر منها طرق العلاج النفسي المستلهمة من التحليل النفسي.

الفصل

الثالث عشر

13

من التحليل النفسي

إلى العلاج النفسي

من التحليل النفسي إلى العلاج النفسي

أوجه الشبه الاختلاف:

العلاج النفسي علاج يقوم على العلاقة الشخصية بين المعالج والمريض، وبالتالي فإن التحليل النفسي علاج نفسي. ومع ذلك فقد جرى العرف على التمييز بين التحليل النفسي والعلاج النفسي. ففي الطرق العلاجية غير التحليلية، تستغل العلاقة بين المريض والمعالج، ولكنها لا تخضع للضبط، ولا تفسر ولا تنقض. أما في التحليل النفسي فإن ملابسات التحليل ودور المحلل ومضاد التحويل لديه كلها تخضع للضبط. ويلتزم المحلل بتوضيح بعض المدلولات اللاشعورية، ولا سيما في ميــدان عصاب التحويل. وهكذا فقد أتاح لنا التحليل النفسي أن نعرف ونفهم الكثير عن طبيعة الطرق الأخرى للعلاج النفسي، كما أتاح لنا أن نحصل معارف واســعة عــن الاضطرابات النفسية أو الجسمية التي دفعت



بالمريض إلى طلب معونة المعالج النفسي. وبذلك ينفرد التحليل النفسي بتقديم نظرية عن طرق العلاج النفسي، وهكذا حاولت مدارس فنية شتى للعلاج النفسي أن تستغل النتائج الفنية والإكلينيكية التي توصل إليها التحليل النفسي.

التنويم المغناطيسي والإيحاء:

نشأ التحليل النفسي من التنويم المغنطيسي، مارًا بمراحل متوسطة هي التطهير والإيحاء. وقد تنبأ فرويد بإمكان العودة إلى هذه المناهج القديمة، بسبب الاستحالة المادية لتطبيق التحليل النفسي على كافة المرضى الذين يحتاجون إليه. كما أن فرويد لم ينقطع طول حياته عن الاهتمام بالتنويم المغناطيسي والإيحاء، وذلك بوجه خاص لتحديد موقف التحليل النفسي بالنسبة إلى هذه المناهج الفنية، على الأخص لمناقشة علاقة التحويل بالإيحاء. وأخيرا فإن فرويد وضع نظرية عن التنويم المغناطيسي والإيحاء، عقب نضوج أفكاره عن تركيب الجهاز النفسي (1921).

يمكن تشبيه التنويم المغنطيسي بالحب: فالموضوع، وهو في هذه الحالة شخص المنوِّم، يحتل مكان المثل الأعلى للأنا، والسلطة الأبوية التي سبق إدماجها في الذات تسقط من جديد على شخص المنوِّم. فلا يقوم الإيحاء على الإدراك الحسي أو على استدلال عقلي، بل يقوم على هذه الرابطة الشهوية الخالية من كل إشباع جنسي، على خلاف الحب حيث يكون هذا الإشباع شيئا ضمنيا على الأقل، بوصفه هدفا ممكنا. ويخفت صوت الشعور بالواقع، ويشعر المنوَّم - كما لو كان في حلم - بكل ما يطالبه به المنوِّم ويؤكده له. ويقتصر عمل طرق التنويم على تثبيت الانتباه الشعوري. ويغوص المنوَّم في حالة يفقد العالم فيها أهميته. أما ما يهم به دون وعي منه فهو شخص المنوِّم إذ تنشأ بينهما علاقة من التحويل.

وقد بين رادو (1924) أن التأثير العلاجي للمناهج القديمة ينحصر في إحداث عصاب علاجي. وفي التنويم المغناطيسي تبعث علاقة الوالد بولده. ويتكرر التأثير التربوي بفرض كبت على الأعراض سبق فرضه في الطفولة على الإشباع الغريزي. وفي التطهير يبدو العصاب الذي تحول إلى هستيريا على صورة أعراض عصابية حادة. وإنما يقوم النجاح المؤقت للعلاج بالتطهير على هذا التحول.

وكما تنبأ فرويد، استرد التنويم المغنطيسي جزءا من الاهتمام به،

ولا سيما في البلاد الأنجلوسكسونية (مرجريت برنمان - 1947). وتحت اسم التحليل التنويمي، حاول البعض وضع طريقة فنية يستخدم فيها التنويم للكشف عن المقاومات المفترضة استنادا إلى مبادئ تحليلية. وفي الفترات الواقعة بين جلسات التنويم، يتابع "التحليل" بالاهتداء بما أسفرت عنه المشاهدة أثناء التنويم. وقد يفيد هذا المنهج على يدي محلل نفسي واسع التجربة. ولكنه منهج غير تحليلي؛ لأن المنوِّم يبعث بصفة فعالة تحويلا أبويا، على حين أن المحلل النفسي يحرص على أن يتحاشى القيام بالدور الأبوي الذي يسقطه عليه المريض. وكما لاحظ جاوفر (1939)، قد يكون التحليل التنويمي تقدمًا في فن التنويم، لا في فن التحليل النفسي.

مشكلة العلاج القصير الأمد:

إن الأهمية العملية لتقصير مدة العلاج بالتحليل النفسي واضحة جلية. وينحصر "العلاج القصير الأمد" في تطبيق تفسيرات التحليل النفسي على الصعوبات والأحداث المتعلقة بتاريخ حياة المريض الذي يرويه. ولنقل على وجه التقريب إن العلاج يمكن أن يستمر خلال جلسات يتراوح عددها بين ثلاث جلسات وستين جلسة، تفصل بينها فترة تتراوح بين بضعة أيام وبضعة شهور. وقد استطاع العلاج القصير الأمد أن يحقق نجاحا في حالات كثيرة إلى حد يدعو إلى الدهشة أحيانا، إلا أن ثبات

نتائجه غير مضمون. فلا يمكن للتحويل أن يتطور ولا أن يحلل تحليلا صحيحا. وفي حالة الفشل، هناك احتمال أن تتعرض عملية لاحقة للتحليل النفسي لخطر الفساد أو التعطيل وينبغي ألا يزاول العلاج القصير الأمد إلا بمعرفة محللين أكفاء ولا يجرى إلا عند استحالة إجراء تحليل نفسي تقليدي لأسباب خارجية.

ويستند العلاج التحليلي وفقا لمدرسة ألكسندر إلى "قاعدة المرونة": ويعتبر التحليل النفسي "القياسي"، أكثر جمودا من أن يتوافق مع تباين الحالات المتعددة. ويشير ألكسندر إلى التعديلات التي أدخلت على الفن التقليدي لعلاج الأطفال (أنا فرويد – 1926) والمرضى الذهانيين، والمجرمين. ولكنه يتوسع في تطبيق مبدأ هذه التعديلات، أي قاعدة المرونة، على كافة الحالات بما فيها الأعصبة النفسية عند الكبار، والحالات المرضية النفسية الجسمية. فهو يرى أن المعارف التحليلية النفسية تسمح لنا الآن بالنظر إلى المشاكل العلاجية من عل، و"بالتحليق" فوقها، وبالتالي باتخاذ موقف "استراتيجي" لا "تكتيكي"، فحسب (يقصد بذلك وضع خطة عامة سابقة وعدم الاقتصار على مواجهة المواقف التفصيلية بما يناسبها). وتنحصر الوسيلة الرئيسية للتحليل - فيما يرى ألكسندر - في خلق جو يستطيع المريض فيه أن يعدل عاداته العصابية، بفضل "خبرة مصححة". ويمكن الحصول على هذه النتيجة بمزيد من الأمن والسرعة والقوة إذا استعاض المحلل النفسي عن مواقفه

التلقائية (مضاد التحويل كما يقول ألكسندر) بمواقف يصطنعها عن وعي وإرادة (كأن يقوم مثلا بدور أب يفهم ابنه ويتسامح معه إذا كان الأب المسبب للمرض مستبدا صارما). لذلك ينبغي ألا يقتصر الأمر على مراقبة التحويل في مداه وشدته، بل يتعدى ذلك إلى إثارته أيضا إن صح هذا القول. ويعيب ألكسندر على التحليل النفسي "القياسي" تشجيعه حاجة المريض إلى الاعتماد على الغير، ومن ثمة إطالة مدة العلاج. ويحاول أن يتفادى ذلك بإجراءات أهمها إطالة المدد التي تفصل بين الجلسات، وقطع العلاج مؤقتا، بحيث يفطن المريض بصورة أفضل إلى حاجته إلى الاعتماد على الغير، التي تجعله يتشبث بالعلاج.

وقد قابلت جمهرة المحللين النفسيين بالانتقاد ما دعا إليه ألكسندر من تعديلات. إن «قاعدة المرونة» مبدأ لا يحتمل المناقشة: فما من شك في أن العلاج جعل من أجل المريض، ولم يجعل المريض من أجل العلاج. وفرويد نفسه يوصي بالمرونة في تطبيق القواعد الفنية. والمسألة هي معرفة المدى العملي الذي يمنح للمرونة. ويعترف غالبية المحللين النفسيين بأنهم لا ينهجون مسلكا واحدا بإزاء مرضاهم جميعا، ولكن مدى الاختلاف يحده الشعور بمضاد التحويل وضبطه. ولكنهم يعارضون مبدأ اصطناع دور بصورة منظمة؛ إذ إن هذا لا يؤدي إلا إلى تشويه التحويل وإعاقة تحليل التحويل السلبي. ويعتبر تغيير معدل عدد الجلسات ومدتها

إجراءات تتعدى نطاق التحليل، وإن كان كثير من المحللين النفسيين يؤمنون بضرورة الالتجاء إليها، كأن يكون ذلك مثلا بإطالة المدة الفاصلة بين الجلسات، في نهاية العلاج، بقصد حث عملية الفطام النفسي. ولكن الفصل المديد بين عدد الجلسات يزيد من صعوبة تطور التحويل وملاحظته، ويصعب كذلك ضبط التفسيرات. وأخيرا فإن قاعدة المرونة عند التوسع في تطبيقها بهذه الصورة قد تؤدي إلى جعل العلاج شيئا تقريبيا بدلا من جعله أكثر مرونة؛ إذ إن التفسيرات المبنية على معلومات قليلة تكون أقرب إلى الفروض. لذلك يرى كثير من المحللين النفسيين أن التعديلات التي يدخلها ألكسندر هي إجراءات تتجاوز نطاق التحليل، مهما كانت النتائج العلاجية المباشرة التي تتمخض عنها. وإذا كانت بعض الحالات تقتضي نوعا من التعديلات الفنية، فمن الأفضل الاقتصار على الحد الأدنى منها، وعدم الالتجاء إلا إلى التفسير وحده كلما أمكن ذلك. ويرى ألكسندر أن هذا الموقف يرجع إلى تصور متزمت مبالغ فيه للتحليل النفسي. ولا يعترف بأنه يخرج على التحليل النفسي عندما يجعل منه "عملية أقوى مفعولا وأبلغ دلالة من الناحية الانفعالية وأكثر اقتصادا". ولا يكون تقصير مدة العلاج الذي يحققه بهذه الكيفية إلا نتيجة سعيدة وليس غاية (1950).

التحليل النفسي الجمعي:

يعتبر العلاج النفسي الجمعي علاجا قديما نسبيا، ويرجع تاريخ انتشاره إلى الحرب العالمية الثانية. ويرى المحللون النفسيون أنه يقوم على استغلال التحويل. والفرق الذي يميز التحليل النفسي الجمعي عن العلاج النفسي الجمعي أن الأول يزاول بمعرفة محلل نفسي يقتصر عمله من حيث المبدأ على التفسيرات التحليلية.

حاولت المدرسة الإنجليزية أن تخلع على هذا العلم صورة محددة دقيقة. فيرى إزريل (1950) أن كل مريض يجلب إلى الجماعة توترا لاشعوريا متصلا بموضوع لا شعوري. وهو يحاول أن يفرغ هذا التوتر بالتأثير على أعضاء الجماعة الآخرين. ووجه الاختلاف بين هذا الوضع والتحليل الفردي هو أن الأعضاء الآخرين في الجماعة يتفاعلون مع المريض بدلا من أن يقتصروا على الإنصات والتفسير. ونظرا لأن الحاجات تتمم بعضها بعضا، تنشأ دائما مشكلة عامة للجماعة، لا تشعر بها الجماعة، ولكنها تؤثر في سلوكها. ويأخذ كل عضو موقفا خاصا به بالنسبة إلى هذا التوتر في الجماعة. ويسمح التحليل بالكشف عن النمط الدفاعي الخاص بكل مريض ضد توتره اللاشعوري المسيطر عليه. وأضمن طريقة فنية، هي الاقتصار على استخدام تفسيرات التحويل فحسب، أي تفسير ما يحدث في الجماعة "في ظروفها الراهنة". ولا يتغير بعض

الأفراد الذين يتصفون بالجمود. ويتحسن أفراد آخرون، دون أن يحق لنا أن نصف هذا التحسن بأنه شفاء بالمعنى التحليلي. وفي بعض الحالات، تشاهد تغييرات ملحوظة سريعة.

ولكن حتى إذا كان المعالج يحاول أن يظل عمله تحليليا، فإن الموقف لا يكون تحليليا، إذا اعتبرنا أن الحرمان من العلاقات "الواقعية" وتقييد التعبير بالأفعال، سمات وشروط لا بد من توافرها في موقف تحليلي حقيقي. فالمريض المتصل بجماعة واقعية، يعبر بصورة إيجابية عن حاجاته، وتربطه علاقات بأعضاء المجموعة الذين يستجيبون له بصورة إيجابية، وإن ظهور مواد قبلشعورية بحضور عدة أشخاص يشجعون التعبير عنها أو يثبطونه، لهو خبرة مباشرة، ويثير مزيدا من الخلق ووجدان الإثم والشعور بالخزي. وبعبارة أخرى يتناقص دور التفسير التحليلي، ويزيد التصريف. ويصلح التحليل الجمعي في بعض الحالات مثلما يصلح العلاج قصير الأمد في حالات معينة، عند تعذر مباشرة التحليل النفسي القليدي. ولا يصلح بالنسبة إلى الأفراد المعارضين الجامدين الذين يعانون الكف؛ إذ إنهم لا يستفيدون منه ويحدثون تأثيرًا سلبيًا في تناسق الجماعة وتماسكها.

التحليل النفسي والعلاج بالمسرحيات:

يطلق اسم العلاج بالمسرحيات على الطرق الفنية للعلاج

النفسي التي تعمد إلى ارتجال مشاهد مسرحية تدور حول موضوع معين، يؤديها مجموعة من الأفراد من الأطفال أو الراشدين الذين يعانون اضطرابات في الشخصية أو السلوك متشابهة تقريبًا. ويشترك المعالجون النفسيون عادة في الأداء المسرحي علاوة على توجيهه وتفسيره. وتقترب هذه الطرق الفنية من التحليل النفسي للأطفال، من حيث التعبير "الحر" في الأداء المسرحي والمساهمة في الأفعال.

تعتبر السيكو دراما التي ابتدعها مورينو أشهر مثال لهذا الأسلوب العلاجي (فينا – 1921، الولايات المتحدة - 1926). ويرى مورينو أن السمة الأساسية لهذا العلاج هي حرية الفعل للممثلين، والتدريب على التلقائية، وهي نظير قاعدة التداعي الطليق. يختار المريض دوره ودور مساعديه من الممثلين الثانويين، ويوجه المعالج التمثيل، ثم يناقش ويفسر المشهد الذي تم تمثيله. والتفسير الأعمق لا يرى في السيكو دراما مجرد تعبير بالأفعال، بل يعتبرها أيضًا إفضاء رمزيًا (إنزيو).

وفي فرنسا قام بعض المحللين النفسيين بالجمع بين التحليل النفسي الجمعي والسيكودراما (دياتكين، دريفوس، مورو، سوكاراس، كستمبرج). وتوجه المشاهد، بمعرفة محللين نفسيين: ذكر وأنثى، يمثلان الوالدين. ويختار المرضى المواضيع ويوزعون

الأدوار. وتكون الوظيفة الفنية للمحللين النفسيين دقيقة: فعليهما، من ناحية، إشاعة النشاط، وعليهما من ناحية أخرى ألا ينقادا إلى هوى المرضى. وهناك مبدءان يحققان هذين الشرطين المتناقضين: دفع المريض إلى تحديد ما يبغيه من المعالج بحرمانه مما يبغيه، وتنفيذ ما يطلبه المريض مع الإبطاء في ذلك بحيث يبعث الموقف على مزيد من القلق. وينبغي في التفسيرات التي تورد في نهاية الجلسة ألا تكون سابقة لأوانها أو متأخرة عنه، فإنها كفيلة بشل التعبير المسرحي إذا كانت سابقة لأوانها، وهي تهيئ للمريض الهرب إلى التمثيل المسرحي والاستعاضة بالخيال عن الواقع إذا جاءت متأخرة عن أوانها. وتتمثل العقبة الكؤود في المقاومات: ومنها تكرار المشاهد التي تتزايد صبغتها "الواقعية"، وجدب الأداء، والانتقال إلى الفعل عند العدوانيين، والرمزية المتزايدة التعقيد مع شحنة وجدانية متناقصة المقدار. وكما قال إزريل، ينحصر البحث عن العلاج الناجع في تحليل التحويل، وما يحدث "في الظروف الراهنة". ولا يوجد "تحويل جمعي" حقيقي أي تحويل للجماعة أو "على الجماعة"، بل تدخلات وأصداء للتحويلات الفردية. وتتركز ظواهر التحويل على المحللين، مع حدوث تغيرات متعاقبة تميز هذا الضرب من العلاج النفسي. ويكون المحللان النفسيان مجموعة أشبه شيء بمجموعة الوالدين تثير لدى المرضى وضعًا طفليًا سابقًا على الوضع الاجتماعي للراشدين ومناظرًا للتكوين البدائي

للعصاب. وتجمع بين المرضى روابط من مرضهم وموقفهم المشترك بالنسبة إلى المعالجين.

العلاج النفسي في حالة التخدير:

يطلق اسم «التحليل بالتخدير» على عملية علاجية تهدف إلى إجراء نوع من التحليل النفسي يتميز بالسرعة أو المباغتة. فإن حقن الجسم بعقار مخدر، إذ يشل الرقابة نوعًا ما، يسمح بإظهار نزعات وانفعالات وذكريات لم تكن لتظهر بوسيلة أخرى.

وتعتبر هذه الطريقة بمعنى ما قديمة قدم العالم، صاغتها حكمة الأمم في المثل المشهور الحقيقة تظهرها الخمر. وقد استخدمها الأطباء الأمريكيون إبان الحرب العالمية الثانية لعلاج الأعصبة الصدمية الناجمة عن الحرب علاجًا سريعًا. وفي عام 1944، أدخلت في فرنسا. والهدف منها الوصول إلى أعمق الطبقات القبلشعورية وإطلاق الانفعالات التي تحفز الدفاع. وفي الفترة الفاصلة بين جلسات التخدير، يمكن متابعة العلاج النفسي على أساس المعلومات التي حصل عليها المعالج أثناء التخدير. ولكن حقن الجسم بمخدر، بمعرفة المعالج النفسي أو غيره، لا يؤدي إلى خلق موقف تحليلي نفسي. ويضار الكشف عن المقاومات والتحويل أكثر مما يضار في التحليل التنويمي. والواقع أننا هنا نواجه بالأحرى "علاجًا تخديريًا خاضعًا للضبط" على حد تعبير

جلوفر. ولقد يفيد هذا المنهج في الأعصبة الناجمة عن الصدمات أو الهزات الانفعالية التي أحيت الصدمات الطفلية وعبأت الدفاعات إلى درجة مرضية. وفي كافة الحالات الأخرى، لا يخرج عن كونه استقصاء في ظروف مصطنعة للغاية، ولا يمكن الاستفادة من نتائجه في التحليل النفسي، إذ يبقى علينا أن نقوم بتحليل الأنا ودفاعاته. وفي أغلب الأحيان لا يكون "المحللون التخديريون" محللين نفسيين.

الفصل

الرابع عشر

14

مناهج البحث والتحليل النفسي

التحليل النفسي بوصفه «فعل هو البحث»:

في العلاج بالتحليل النفسي؛ لا يمكن فصل البحث عن العلاج. وليس معنى هذا أن التحليل النفسي علاج بواسطة البحث. فإن التقدم في معرفة الذات يعتبر وسيلة وعلامة وتبلورا معًا للتغيرات الحادثة أثناء خبرة حية، هي العلاقة مع المحلل النفسي. فدور المحلل هو دور علاجي. ومن هذه الناحية لا يعدو البحث أن يكون وسيلة، ولا تخرج النتائج العلمية عن كونها ثمارًا ثانوية، مهما كانت أهميتها وقيمتها ومداها. ومن الناحية العلمية ليس التحليل النفسي "بحثًا خالصًا"، بل إنه "فعل هو البحث".

المجال التحليلي النفسي:

ثمة أوجه للشبه بين منهج التحليل النفسي والمنهج التجريبي، وذلك إذا نظر إليه من الخارج. إذ يوضع المريض في ظروف مصطنعة متجانسة مضبوطة، بحيث تسمح للتحويل بالتطور في

نقائه التام. فعدد الجلسات الأسبوعية ومـدتها ومواعيدها ثابتة. ولا يتغير الوسط ودور المحلل النفسي وموقفه إلا في أضيق الحدود الممكنة. وفي هذه الظروف، يمكن أن يشبه تقديم تفسير بإدخال عامل متغير مستقل، يتتبع الباحث آثاره. ولكن هذا الوضع مثل أعلى؛ إذ يمكن أن تحدث بعض التغيرات صدفة، ويستجيب لها المريض عادة في الاتجاه الذي تمليه عليه نزعاته المسيطرة في تلك اللحظة، كأن يفسرها مثلًا بأنها تجارب أحدثها المحلل. وتعرض هذه الحالات المصادفة في التجريب كذلك. ويمكن أن نمضي في المقارنة شوطًا آخر: فإن زيادة الدقة في التجريب السيكولوجي قد أدت إلى عدم إغفال بعض العوامل التي ظلت موضع الإهمال زمنًا طويلًا، مثل بيئة الحيوان الذي تجرى عليه التجربة، وشخصية المجرب. ويحتمل أن يكون التحليل النفسي قد لعب دورًا في هذه الاهتمامات. وفي التحليل النفسي، اكتشف منذ عهد مبكر دور مضاد التحويل، أي كون المحلل النفسي لا يقتصر على الإصغاء والتفسير، بل تحدث لديه استجابات شخصية، ليست عقلية

فحسب بل وانفعالية، وليست شعورية فقط بل وقبلشعورية أو لاشعورية. ومضاد التحويل أمر لا مناص منه، ولا يعتبر خطأً فنيًا، إذ يمكن أن يعلمنا بعضًا من الميول المناظرة له لدى المريض. أما الخطأ فهو الجهل به والانقياد إليه. ومن هنا جاءت ضرورة ضبطه عن طريق تحليل المحلل النفسي قبل مزاولته لمهنته تحليلًا يستمر بعد ذلك بصورة ذاتية بمعرفة المحلل نفسه. ولا تزال المؤلفات في مضاد التحويل غير الكافية، ويعتبر أحد الميادين التي يصل فيها المبحث الفني إلى ذروة نشاطه. وتؤدي أهميته إلى تصور المجال التحليلي النفسي لا بوصفه مجالًا للملاحظة يقف منه المحلل النفسي الخارجي موقف ملاحظ حيادي لا يشارك فيه، بل بوصفه مجالًا للتفاعل بين شخص المحلل وشخص المحلَّل.

المادة التحليلية:

تحث القاعدة الأساسية على التعبير اللفظي عن مستدعيات الأفكار الطليقة، أي عن كل ما يخطر للمريض ويشعر به، دون أن يتدخل في ذلك بالاختيار أو الحذف قصدًا. وتحل رقابة لا إرادية ولا شعورية محل الرقابة الإرادية الشعورية، والنوع الأول من الرقابة هو الهدف الرئيسي لملاحظة التحليل. فيتحدث المريض عن أعراضه ومتاعبه وذكرياته ومستقبله وحياته اليومية وأحلامه وعلاجه وعلاقته بالمحلل. ويعتبر الاختيار والتسلسل اللاشعوريان لمواضيع الحديث جزءًا من المادة التحليلية، لا أكثر، إذ يمتزج الأسلوب والإلقاء والنبرة الصوتية مع معنى العبارات. كما يضاف

إلى التعبير اللفظي الإيماءات الانفعالية، والأوضاع والإشارات، والاستجابات والتأثيرات الحشوية، والأفعال التي يشرع فيها أو تنجز قبل الجلسة وأثناءها وبعدها. وهذا ما يدعونا إلى القول بأن مادة التحليل النفسي هي سلوك المحلَّل، بحسبان السلوك مجموعة العلاقات والاتصالات بالبيئة، ويعتبر ما يدور أثناء الجلسة أهم قسم في هذا السلوك. وتعتبر «مستدعيات الأفكار الطليقة» سلسلة من عمليات الإقدام والإحجام الرمزية، متصلة بالعلاقة بين المريض والمحلل النفسي.

تكوين التفسير:

التفسير هو أخص ما يميز الفعل التحليلي النفسي. وينحصر التفسير، بوصفه خطوة في البحث، في اكتشاف المحلل النفسي لمعنى المادة، أي اكتشافه للخاصية التي بمقتضاها يهدف سلوك المريض إلى خفض توتراته والتعبير عن خلجاته. فإذا حدث مثلًا أن رجلًا مريضًا يخاطب محللًا من نفس جنسه، فيتحدث عن علاقة «رجل برجل»، ثم يضيف بعد برهة "أو بين امرأة ورجل"، فإنه يتضح أنه قد أفصح عن المعاني الجنسية المثلية المتضمنة في عبارته الأولى، على الرغم من محاولته أن ينفيها. وينحصر التفسير (العلمي) بوجه عام في تطبيق بعض العلاقات المعروفة التي تكون بمثابة قواعد، على وقائع ملموسة. وهذا هو الوضع نفسه بالنسبة إلى التحليل النفسي: فالوقائع الملموسة هي "مادة التحليل النفسي"، وقواعد التفسير تستقي من المعرفة النفسية التي جمعها المحلل النفسي من خبرته

بالحياة، ومن ثقافته، وتحليله الشخصي، ودراساته في التحليل النفسي، وحالات التحليل التي قام بها.

وقد ثار بعض النقاش حول الدور النسبي الذي يقوم به وينبغي أن يقوم به الحدس والاستدلال. فيرى فريق أن التفسير التحليلي يصدر عن لاشعور المحلل النفسي، وعن تقمصه للمريض، وعن «أذن ثالثة» (رايك). ويرى آخرون أن الدور الأهم هو دور المنطق والاستدلال والاستراتيجية، لا التكتيك وحده (رايخ). ويبدو أن هذا الخلاف قد أصبح الآن غير ذي موضوع (كريس). فالأمر يتوقف إلى حد ما على الموقف: فحينا ينبعث التفسير تلقائيًا، بتداعي الخواطر، إما تدريجيًّا أو بغتة بمناسبة أحد التفاصيل، وحينًا يتم بطريقة أقرب إلى الاستدلال وذلك مثلًا بالربط المنظم بين جلسة وأخرى. ويتوقف الأمر أيضًا على المعادلة الشخصية للمحلِّل (الطابع الذي يميز شخصية المحلل). وبصفة عامة، زاد تقدم المعارف من إمكان التنبؤ، ولكن دور العمليات القبلشعورية ظل هامًا في المجهود التحليلي المباشر، وهذا هو مصدر بعض التفسيرات التي يعتبر انبثاقها ضمانًا لتلقائية المحلل النفسي. وتتدخل هذه العمليات القبلشعورية في الصياغه أيضًا: فتغيير كلمة، واختيار شكل الحكم (من حيث الضرورة والإمكان) يمكن أن يحفزا على قبول تفسير صحيح. وينبغي عدم التغاضي عن مضاد التحويل. ولا يكفي الانتباه إليه وضبطه، فإن بعض الاستجابات الانفعالية قد تنور المحلل النفسي عن موقف المريض، فإذا أحس

المعالج بخيبة أمل عندما يرى أن المريض ينكر ما يبذله المعالج من جهود، فيحتمل أن يكون المريض غير راغب في الاعتراف بها أو قبولها.

صحة التفسيرات:

هناك وهم شائع مؤداه أن المنهج التحليلي في البحث يطبق خطة مرسومة على إفادات المريض. وهذا وهم لا يستند إلى أساس. صحيح أن التفسير التحليلي، شأن كل تفسير علمي، يطبق على المواد التي يعرضها المريض علاقات مستمدة من "معرفة"، ولكنه يطبقها بطريقة تناسب الموقف. فالتفسير العام لا ينطوي على أي تأثير علاجي أو قيمة منطقية، ثم إن التطبيق الرتيب لعلاقات معروفة من قبل لا يسمح بالكشف عن علاقات جديدة. لكن الواقع أن المنهج التحليلي يكشف عن علاقات جديدة وأخيرًا، فإن السير في البرهان يخضع لبعض المعايير التي يشترك فيها التحليل النفسي مع البحث الإكلينيكي: فتتوقف درجة الوثوق على وفرة المعطيات وتنوعها (معيار الإخبار)، وعلى ربط هذه المعطيات بشخص المريض في مجموعه وواقعه، منظورًا إليه في تتابع أحداث حياته وفي مجموع علاقاته مع البيئة (معيار التناسق الداخلي للفروض). وأخيرًا فإن أقرب تفسير إلى الصدق هو الذي يفسر أكبر عدد من الوقائع باستخدام أقل عدد من الفروض (معيار الاقتصاد). ووجه الاختلاف بين هذا المنهج والمنهج الإكلينيكي هو أن التفسير يتدخل بوصفه عاملًا متغيرًا مستقلًا في تطور الموقف

التحليلي، ويتصل بهذا التطور معايير أكثر تحديدًا. والتفسير الخاطئ من أساسه - وهو شيء يندر حدوثه - يترك المريض غير مكترث، أو لا يحدث إلا تأثيرًا من الإيحاء بالنسبة إلى التحويل. ويغلب أن يكون السبب في خطأ التفسير هو كونه جزئيًا. والمثال التقليدي لذلك تفسير يكشف مباشرة عن نزعة لاشعورية، مغفلًا التحويرات التي طرأت على هذه النزعة بتأثير دفاع الأنا والعلاقة مع الواقع. ويمكن أن يؤدي تفسير من هذا القبيل إلى قلق شديد الوقع وإلى الكبت. وقد فصل كثير من المؤلفين (سوزان إيزاكس - 1939) معايير التفسير الصحيح تفصيلًا دقيقًا. ويمكن تلخيص هذه المعايير في أن التفسير الصحيح يحدث آثارًا إيجابية في السلوك التحليلي للمريض ومنها: تخفيف القلق والدفاعات المتصلة بالمشاكل موضع الحديث، وظهور معطيات جديدة، وتصحيح إسقاطات تحويلية على المحلل، وانبعاث مشاكل جديدة مرتبطة بالمشاكل السابقة، ثم تجدد القلق والمقاومة. وتنطبق هذه المبادئ على التفسيرات المنصبة على الحاضر، كما تصدق على "الاستنتاجات" المتعلقة بالماضي. وفيما يتعلق بالماضي بصفة خاصة، قد يتفق أحيانًا أن تتعزز استدلالات المحلل بشهادة خارجية. كما يمكن الاستعانة بمطابقة هذه الاستنتاجات لما هو معروف بوجه عام عن قوانين تطور الفروق الفردية.

الفصل

الخامس عشر

15

التحليل النفسي

التطبيقي

نحتاج إلى مجلد كامل إذا أردنا أن نوفي التحليل النفسي التطبيقي حقه. فإن التحليل النفسي ينفرد من بين العلوم الطبية، بأن له علاقات واسعة مع العلوم الإنسانية، وهو خليق بأن يلعب فيها دورًا لا يقل أهمية عن دوره في الطب النفسي (فرويد – 1922). وقد اختص فرويد هذا الفرع بجزء من مؤلفاته، وهو يمثل اليوم خمس ما يصدر من المؤلفات في التحليل النفسي. ويزداد ميدانه اتساعًا، إذا أدخلنا في تقديرنا التأثير المباشر وغير المباشر للتحليل النفسي. ومع أن التحليل النفسي يمكن أن يوصل إلى تطبيقات غير طبية، كتطبيقه في التربية مثلا، فإن التحليل النفسي التطبيقي ينحصر بوجه خاص في تطبيق نظريات التحليل النفسي على العلوم الإنسانية، دون مباشرة عملية تحليلية بالمعنى الصحيح، ودون الحصول على المادة التي يظهرها التحليل النفسي المباشر.

وقد طبق فرويد نظرية التحليل النفسي على الأدب والفن والدين والأساطير والأدب الشعبي وعلم الاجتماع. وفي كتابه

"الطوطم والتابو"، يستدل على أصول الحياة الاجتماعية والدين على ضوء عقدة أوديب: ذات يوم تمردت عصبة الإخوة، بدافع من عواطفهم المتناقضة تجاه أبيهم الذي يعجبون به ويكرهونه في الوقت نفسه، فقتلوه. وبذلك يكون تحريم قتل الطوطم مشتقًا من شعورهم بالإثم وحاجتهم إلى الصلح مع الأب. كما أدى تحريم الاتصال الجنسي بالمحارم إلى إبطال التنافس الجنسي بين الإخوة، والنزعة إلى قتلهم. إلا أنهم ظلوا في أعماقهم تمتزج كراهيتهم للأب مع حبهم له، فأصبحت الوليمة الطوطمية بمثابة إحياء لذكرى النصر الذي أحرزوه عليه قديمًا. وهكذا تسمح الاستعانة بعقدة أوديب بالجمع في تفسير واحد بين عبادة الطوطم والزواج من غير الأقارب.

وقد بحث ر. دي سوسير في تطبيق التحليل النفسي على التاريخ، ولا سيما على «المعجزة اليونانية».

ويمكن تفسير الأثر الأدبي أو الفني تفسيرًا مباشرًا بطريقة الحدس مع الاستعانة بمعرفة الرموز. كما أن هناك نزعة إلى دراسة عملية خلق الأثر الفني من حيث صلتها بشخصية الفنان، على أن دون ذلك صعوبة هي أن الوقائع المستقاة من تاريخ حياة الفنان لا يمكن أن تغني تماما عما يُستقى من المحلَّل مباشرة. ولا تتضمن هذه البحوث أن ينظر إلى العمل الفني باعتباره مرضا أو محاولة للشفاء. ففي السنين الأخيرة، وبتأثير التحليل النفسي للأنا، توارت وظيفة الأنا في التعبير عن الذات خلف وظيفته التكيفية. وفي الوقت نفسه اتجه الاهتمام إلى الجوانب الاجتماعية للأنا، ولا سيما وظيفته في إقامة صلات مع الآخرين (كريس).

ويدور تفسير الظواهر الدينية - ولاسيما التفسير المبني على معطيات التراث اليهودي المسيحي- حول الصراع الأوديبي وتتركز نظريات فرويد في العلاقة مع الأب. وقد انتقل الاهتمام منذ عهد قريب إلى العلاقة مع الأم. وتصور الطقوس - ولا سيما طقوس التعميد - المشاكل الأوديبية والوسائل السحرية المتعددة لتفادي الخوف من الموت.

وقد اهتمت البحوث المنصبة على الأساطير والأدب الشعبي، بتطبيق النظرية التحليلية أكثر من اهتمامها بالبرهنة على صحتها. واستخدمت بصفة خاصة النظريات التقليدية في سيكولوجية الغرائز وعقدة أوديب. ويرد تطابق الأساطير وتشابهها في كل زمان ومكان ولدى الشعوب المختلفة إلى عامل بيولوجي هو طول مدة

اعتماد الطفل الإنساني على أبويه. وتعتبر الأسطورة محاولة لحل موقف راهن مثير للقلق برده إلى الماضي (روهايم). كما ألح كثير من المؤلفين على أهمية دور الأم في المرحلة السابقة على الأوديبية، ودور الافتتان المشوب بالجزع المولد للقلق بأم قاسية تفترس بنيها. وعلى الرغم من الأصول الغريزية للأسطورة، فإنها تتعدل تبعًا للتغيرات التاريخية.

وكان تأثير التحليل النفسي عظيما في الأنثروبولوجية الحضارية. وهكذا أصبح أسلوب تربية الأطفال وإعدادهم مبحثا هاما في دراسة الحضارات المختلفة. ولكن الأنثربولوجية الحضارية لم تقتصر على استخدام نظرية التحليل النفسي، بل قيدت أو عدلت بعض المفاهيم، مثل وجود فترة الكمون لدى أفراد الجنس البشري عامة. وانصبت أشهر المنازعات على اشتراك كافة أفراد الجنس الإنساني في عقدة أوديب، الذي قال به فرويد، وعارضه في ذلك مالينوفسكي استنادا إلى بعض الوقائع المشاهدة في المجتمعات التي تكون فيها السيادة للأم، وعاد روهايم إلى رأي فرويد حيث رده إلى واقعة بيولوجية عامة: هي أننا نود أن نكون كبارًا عندما نكون صغارا، ونود أن نعود إلى الطفولة عندما نكون في مرحلة الرشد.

ويصعب تطبيق نظريات التحليل النفسي في علم الاجتماع، وذلك على الأخص نظرة للطابع الإحصائي غير الشخصي للوقائع. ومع ذلك فقد أثر التحليل النفسي فيه تأثيرًا بالغًا، ولا سيما في علم النفس الاجتماعي، بالبحوث في التكوين الاجتماعي للفرد،

والعمليات السلوكية داخل الجماعة، وديناميات الجماعة، وبعض الظواهر الجمعية. وساعد على هذا التأثير، تطور سيكولوجية الأنا، وزيادة الانتباه إلى نوعية المشاكل، في علم النفس الصناعي مثلا، وظهر تيار آخر يتجه إلى دراسة الظواهر الهامة في نظر التحليل النفسي، كالتقمص، والدور الاجتماعي، من وجهة نظر علم الاجتماع. فقد انصب كثير من المؤلفات الهامة على تأثير العوامل الحضارية والاجتماعية في العلاج بالتحليل النفسي، وقد أسفرت عن مزيد من الدقة له أهمية دون أن تؤدي إلى تغييرات أساسية.

وقد تقبل علم النفس تأثير التحليل النفسي على نطاق واسع، وإن يكن ذلك متأخرًا، وعلى الأخص في دراسة الشخصية (الاختبارات الإسقاطية). وقد اختبر بعض علماء النفس صدق قضايا التحليل النفسي (سيرز، رابابورت). وقام بعض المحللين النفسيين بإجراء بحوث في علم نفس الطفل (شبيتس). وقد تغلغل علم نفس الطفل في التحليل النفسي بالمؤلفات الأولى التي وضعها ر. دى سوسير، ونفذ فيه بصورة أعمق نتيجة لاتجاه التحليل النفسي نحوالأنا (هارتمان). لذلك أصبح التقارب وقدر من التأثير المتبادل ممكنين، ولكن يتعذر الامتزاج التام نظرًا للاختلاف الجوهري في الأهداف والمناهج وطبيعة الظواهر.

وتثير تطبيقات التحليل النفسي في الأبحاث السيكولوجية والاجتماعية مشاكل من ناحية المنهج. ولا يتضمن استخدام مناهج التحليل النفسي اعتبار حياة الإنسان وأعماله مشوبة بالمرض، ولا

يتضمن الغض من قيمتها. ويبين تحليل الأحلام أن الحيل المولدة للمرض توجد أيضا لدى الإنسان المعافى (فرويد).

ولا يمكن نقل العلاقات النفسية التي تكتشف عند الفرد إلى مستوى الجماعات والمجتمعات، ولكن ملابسات اكتشاف ما لا تتيح دائما القطع بطبيعته. وهناك تطابق يدعو إلى الدهشة بين اكتشافات فرويد وأبراهام في موضوع الحداد، وبحوث عالم الاجتماع روبرت هرتز في تصور الموت في المجتمعات البدائية (لاجاش - 1938). هذا فضلا عن أن فن التحليل النفسي ونظريته لا يتفقان مع أية سيكولوجية للإنسان المنعزل.

والصحيح أن نقول إن نقل أحد مفاهيم التحليل النفسي إلى مستوى آخر لا يلزم عنه صدق التطبيق. فالتحليل النفسي يمكن أن يقدم فرضًا عمليًا، ولكن التحقيق يعتمد على المعطيات والمناهج الخاصة بالميدان الذي يطبق فيه هذا الفرض. كما أن التفسير المقترح لا يمكن نظريًا أن يكون جامعًا، وينبغي ربطه بعوامل مستقلة بيولوجية وتاريخية واجتماعية واقتصادية وحضارية وغير ذلك. وموجز القول إن التحليل النفسي التطبيقي يقتضي تخصصًا مزدوجًا هو الدراية العامة بالتحليل النفسي وبميدان التطبيق، بحيث يمكن أن نتجاهل المحلل النفسي الذي يصطنع دور عالم الاجتماع، تجاهلنا للناقد الفني الذي يصطنع دور المحلل النفسي.

ومن اليسير فهم سعة انتشار التحليل النفسي وتغلغله في العلوم الإنسانية. فإن مادة التحليل النفسي تشمل الشخصية

بأسرها، وتتعلق بسيرتها ومجموع علاقاتها مع بيئتها وموضوعاتها المتنوعة. وإن فن التحليل النفسي ونظريته عن الشخصية وسيرتها وتركيبها وسلوكها يتناولان دائمًا العلاقات التي تربط بين الأشخاص بعضهم ببعض، وبوجه خاص، فإن التحليل النفسي يكاد يكون هو الفن الوحيد لدراسة العمليات اللاشعورية. وقد تجدد خصب نظرية التحليل النفسي عند ما تجاوزت سيكولوجية الأعماق للغرائز، إلى سيكولوجية الأنا وحيل الدفاع، وأكملت الأولى بالثانية. ويبدو أن التطورات القريبة العهد لنظرية علاقات الموضوع والاتصال، كفيلة بتقديم منهج للبحث أكثر ملاءمة لأغراض التحليل النفسي التطبيقي.



الفصل

السادس عشر

16

التحليل النفسي والأخلاق

تكون المعايير والقيم الخلقية جزءا من الواقع الاجتماعي، ولذلك يلتقي بها التحليل النفسي، من حيث هو علم يبحث في الإنسان. وفي العلاج، يعالج المحلل النفسي مرضى يحتدم الصراع في نفوسهم بصدد مشاكل خلقية والإثم العصابي.

ويعتبر التصعيد حلا سعيدا للصراع اللاشعوري. كل هذا يضع مشكلة العلاقات بين التحليل النفسي والأخلاق. وقد عيب على التحليل النفسي أنه لا يدخل في حسابه الاعتبارات الخلقية، بل يكاد يكون منافيا للأخلاق، وأنه لا يكمل العلاج بوعظ أخلاقي. ويأخذ عليه آخرون أنه ينطوي على لون خفي من الأخلاق. ولهذه النظرات ما يقابلها في مطالب المرضى الذين كثيرا ما يطالبون المحلل النفسي بعقابهم أو إثابتهم، بلومهم أو الثناء عليهم.

ويرجع اتهام التحليل النفسي بمنافاته للأخلاق، إلى سوء الفهم. ذلك بأن على المحلل النفسي أن يحتفظ بموقف تقبلي، خال من كل استنكار، بإزاء كل ما يبديه المريض. ويعمل التفسير على

فض دفاعات الأنا والإثم العصابي. ويعتبر إطلاق بعض النزاعات الجنسية والعدوانية هدفا جزئيا للعلاج. وهكذا ينشأ أحيانا سوء فهم مؤداه أن على التحليل أن يخلص المريض من كل إحساس بالإثم وأن يسمح له بفعل كل ما يراوده.

والحقيقة أنه يتعين التمييز بين الإثم العصابي والإثم المبني على الواقع. ويدل الفساد والتحلل من كل قيد على حالة مرضية هي التغير في كيان الأنا بتأثير الهي. ولدى الإنسان، يتكفل الأنا دون الغرائز بالتوافق مع الواقع. ويعتبر التحلل من القيود الخلقية في السلوك، من وجهة النظر الاقتصادية للعلاج (توزيع الطاقة النفسية واستثمارها)، مقاومة بالأفعال تنحرف بالمريض عن الهدف الحقيقي، وهو الظفر بالحرية الداخلية. فهذا السلوك المتحلل صورة مزيفة من الحرية الحقيقية. ويعتبر أحد الظروف التي يستطيع المحلل - بل ويجب عليه - فيها أن يطبق قاعدة الامتناع عن الإشباع. وهذا الإجراء لا يقصد به الوعظ، وإنما هو خطوة من خطوات العلاج.

ومع كل ذلك، فلا مراء في وجود نظام معين من القيم، متضمنا في العلاج بالتحليل النفسي، شأنه في ذلك كل عمل إنساني، بما في ذلك البحث عن الحقيقة في العلوم. فالبحث المشترك عن الحقيقة وسيلة من وسائل العلاج. وتضع القاعدة الأساسية إخلاص المريض شرطا أولًا لها. كما يتضمن تصورا معينا للصحة النفسية ينحصر في القضاء على القيود المكبلة التي تفرضها الهي والأنا الأعلى، وتنمية وظيفتي المنطق والحكم بتقوية الأنا وبعث الحيوية فيه. وإذا قدرنا الأمر من وجهة نظر البيئة الاجتماعية، فإن ما تقدم يعني أن الإغراق في التزمت، والإسراف في الميول التدميرية ليست معايير تتبع. ولعلنا لا نعدو الحقيقة إذا قلنا إن الشخصية السوية تقتضي التوفيق بين المحافظة والقوى الإبداعية في المجتمع؛ لأن الاعتراف بالواقع والتوافق معه، ليس معناه أن يقبله الإنسان بصورة سلبية رافضًا تعديله.

الفصل السابع عشر

17

المحلل النفسي

التحليل النفسي فن يهدف إلى فهم ظواهر لا منطقية وتعديلها، ولكنه فن منطقي مبني على معارف علمية. فكل عملية تحليل نفسي هي عملية بحث، ولكن الاكتشاف لا ينبثق من العدم، أو من ظلمات اللاشعور؛ إذ إن التفسير يتكون في أغلب الأحيان من محاولات تدريجية للاهتداء. وحتى إذا اتخذ مظهرا تلقائيا من الحدس، فإنه لا يخرج فعلا عن كونه تطبيقا لمعارف عامة على موقف واقعي معين. فليس المحلل النفسي عرافا ولا ساحرا.

ولا نزاع في ضرورة التكوين العلمي للمحلل. فمهنة المحلل النفسي لا ترتجل. وكثيرا ما نسمع عن الحوادث المفجعة التي يتردى فيها من يصطنع مهنة المحلل النفسي على أساس من القراءة، سواء أكان طبيبا بشريا أم طبيب نفسيا أم عالم نفس، طالما تنقصه المعارف الخاصة بالتحليل النفسي النظري والإكلينيكي والفني والتطبيقي، وهي معارف ليست نظرية فحسب بل وعملية أيضا، وهي المعارف التي تكتسب من الإشراف على تدريب المبتدئ في التحليل. ومع

ذلك فإن الإعداد في الطب النفسي وعلم النفس والتحليل النفسي لا يكفي وحده ما لم تعززه الثقافة المكتسبة من الدراسات الإنسانية والخبرة بالحياة.

وهذه الاشتراطات تتجاوز نطاق تكوين إخصائي بالمعنى الضيق. وإذا كان التكوين العلمي ضروريا فهو لا يكفي لخلق محلل نفسي؛ ذلك لأن العلاقة في هذا الميدان بين العلم والفن ذات طابع خاص، بحيث تفرض علينا أن نلتزم بدقة كل مقتضيات فن الطبيب. فالعلاقة العلاجية هي العامل العلاجي الفعال. وهذا هو ما اكتشفه فرويد عندما حول عوائق المقاومة والتحويل إلى أدوات العلاج. وإن تركيز الاهتمام في الوقت الحاضر على الدور الفني للمحلل ولمضاد التحويل ليكشف بصورة أفضل عن طبيعة التحليل بوصفه عملية تفاعل واتصال. وبذلك لا يقتصر الأمر على ذكاء المحلل ومعرفته وإنما يشمل شخصيته أيضا.

ومن الغريب أننا لا نعرف إلا القليل عن شخصية المحللين النفسيين، على الرغم من كثرة المحللين الذين مروا بتحليل شخصي، ومن المؤكد أننا لا نملك معرفة متناسقة عنها. ويمكن تخيل برنامج للبحث قد يكشف تنفيذه عن تباين كبير بين الأنماط البشرية. وإذا كان هذا الفرض صحيحا، فإنه يدل على أن هناك اختلافات محسوسة في طريقة مزاولة التحليل النفسي، دون أن ينقص ذلك من قيمته. فيمكن تحقيق غايات متماثلة بوسائل واضحة الاختلاف، كما أن اختلاف المرضى يتضمن في حد ذاته اختلافا في الحاجات ويحتمل أيضا أنه فضلا عما يسفر عنه التشابه النسبي في التدريب، فإن طول مزاولة مهنة واحدة، والتأثر بمواقف متشابهة وتوترات مماثلة، كل هذه العوامل تعمل على التقريب بين أفراد مختلفين في الأصل، وقد بينت بعض البحوث بالإحصاء العاملي أن الوقت الطويل الذي ينفقه المعالجون النفسيون في خبرتهم العلاجية، يقرب بينهم أكثر مما يفعل التشابه في تدريبهم واتجاههم المذهبي.

وما دمنا لا نملك معلومات تجريبية، فليس أمامنا إلا الاستنتاج. ما الذي تقتضيه مزاولة التحليل؟ موقف تقبلي إزاء المريض، وتوفير جو مناسب لإفضاءاته، أو جو لا يكون مثبطا لها على الأقل، والصبر إلى أن يستبين المعنى الكامل لرسالة المريض. وهذا يقتضي إسكات الاستجابات الشخصية والحاجات والانفعالات والمواقف والمعتقدات الخاصة بالمحلل النفسي، نقول إسكاتا، لا تعطيلًا أو تجاهلًا، إذ إن الوسيلة الوحيدة لإبطال تأثير هذه العوامل والاستفادة من دلالتها هي التعرف عليها.

وكما هو الحال في غالبية المهن السيكولوجية، يُجرى انتخاب المرشحين لمزاولة التحليل النفسي، بواسطة المنهج الإكلينيكي: فيجتاز المرشح اختبارا شخصيا مع محللين نفسيين أو أكثر، ويقارن هؤلاء بين ملاحظاتهم وآرائهم، ويجري كل منهم اختباره وفق هواه. ويسهل عادة الاتفاق على بعض المسائل كالثقافة، والتكوين العلمي، والمؤهل المهني. وهناك مسائل أخرى يعتبر تقديرها أمرا دقيقا، كالقدرة على الاتصال، ونضوج الخلق والحكم، والنجاح في الحياة الخاصة. وبوجه عام، تبحث معايير الصحة النفسية كما يتصورها التحليل النفسي. وتقابل حالات الاتزان المبالغ فيه بشيء من التحفظ؛ نظرا لأن هذه الحالات ترجع غالبا إلى دفاعات قوية وعمليات كف وجدانية. ولا يعتبر وجود صعاب عصابية أمرا يلزم باستبعاد الطالب المرشح، بشرط ألا تكون هذه الصعاب شديدة، وأن يكون في وسع الممتحن بناء على أسباب وجيهة، أن يتنبأ بتفهم الصراعات المتضمنة فيها وحلها. بل إن الخبرة بهذه الصعاب التي تحفز في أغلب الأحيان على اتخاذ مهنة سيكولوجية، لا تعتبر عديمة النفع. والقاعدة العامة أن عملية اختيار المرشح لا تخرج عن كونها محاولة لا تثبت صحتها أو خطؤها إلا أثناء التدريب اللاحق.

والعنصر الرئيسي في هذا التدريب هو التحليل التعليمي فلا غنى للمرشح لمزاولة التحليل النفسي عن أن يجتاز هو نفسه خبرة متعمقة طويلة الأمد من التحليل النفسي، تجرى وفقا لمبادئ العلاج النموذجي وفنونه. فالتحليل الشخصي وحده هو الذي يمكن أن

يحرر الحكم من الأخطاء والتحريفات التي تفرضها عليه الصراعات اللاشعورية التي لم تكتشف ولم تحل. والتحليل الشخصي وحده هو الذي يتيح للمحلل النفسي ألا يدع بواعثه الشخصية - ولا سيما اعتزازه بنفسه - تتدخل في نشاطه العلاجي. ومهما كان طول مدة التحليل التعليمي وعمقه، فإنه لا يعفي المحلل من ضرورة الرجوع كثيرا على ذاته. ويوصي فرويد بمعاودة التحليل الشخصي بصورة دورية، وإن لم يكن هذا ينفذ إلا قليلا، وتزيد استفادة المحلل منه بازدياد إدراكه لحاجته إليه وأهميته له بعد انقضاء عدة سنوات من مزاولته للتحليل.

وإن لمهنة المحلل مقتضيات أخرى في أسلوب الحياة. فهي تفرض بلا انقطاع إسكانا وتقييدا وتحويرا لإمكانيات الاستجابة والتعبير الشخصي. ويحسن أن يوفق المحلل في تنظيم حياته بحيث يتناول ضروبا أخرى من النشاط، وأن يحظى بفترات من الراحة والعطلات. وينبغي عليه في المقام الأول ألا يحاول أن يظفر في مهنته بما يفتقده في حياته من أمن وإشباع.





"«دانييل لاجاش» هو رائد التحليل النفسي - بمفهومه الإكلينيكي - في فرنسا وواحد من أهم رموز التحليل النفسي في القرن العشرين. في هذا الكتاب يعرض «لاجاش» لنظرية التحليل النفسي بشكل مبسط ومختصر. كما يمتاز هذا الكتاب بأنه يشرح بشكل شائق قدرة التحليل النفسي وفعاليته في علاج العديد من الحالات المرضية. إن ما يميز هذا الكتاب هو منظور مؤلفه الطبي والإكلينيكي للتحليل النفسي. وبذلك فإن هـذا الكتـاب سوف يهم المهتمين بالطب وبالتحليل النفسي على السواء، و خصوصاً أولئك المشككين في أن للعلاج النفسي التحليلي قيمة علاجية إكلينيكية."